

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

477

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 juillet 1900 à 1 heure

PAR

Emile VIALLE

(Né à Poitiers le 11 janvier 1875.)

*

Hygiène Hospitalière

LE SERVICE DES DOUTEUX
A L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges { MM. CORNIL, professeur.
 POIRIER et MARFAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

477

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550407_0067

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 juillet 1900 à 1 heure

PAR

Emile VIALLE

Né à Poitiers le 11 janvier 1875.

— * —

Hygiène Hospitalière

LE SERVICE DES DOUTEUX

A L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges { MM. CORNIL, professeur.
 POIRIER et MARFAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.	
		DEBOVE.	
Pat ologie médicale		HUTINEL.	
		LANNELONGUE	
Pathologie chirurgicale		CORNIL.	
Anatomie pathologique		MATHIAS DUVAL	
Histologie		TERRIER.	
Opérations et appareils		POUCHET.	
Matière médicale et pharmacologie		LANDOUZY	
Thérapeutique		PROUST.	
Hygiène		BROUARDEL.	
Médecine légale		BRISAUD.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHANTEMESSE	
Pathologie expérimentale et comparée			
		POTAIN.	
		JACCOUD.	
Clinique médicale		HAYEM.	
		DIEULAFOY	
		GRANCHER.	
Maladie des enfants		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.	
		DUPLAY.	
		LE DENTU	
Clinique chirurgicale		TILLAUX.	
		PANAS.	
Clinique ophthalmologique		GUYON.	
Clinique des maladies des voies urinaires		BUDIN.	
Clinique d'accouchements		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUGLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCC

Médecin de l'hôpital Broca
(Stage 1896).

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Agrégé de la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Cochin
(Externat 1897).

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Membre de l'Académie de Médecine
Accoucheur de l'Hôtel-Dieu
(Externat 1898).

MONSIEUR LE DOCTEUR CETTINGER

Médecin de l'hôpital Broussais
(Externat 1898-99).

Monsieur le Dr Moizard chez qui nous avons terminé notre externat nous a fait le grand honneur de nous confier ce sujet de thèse, c'est sa méthode que nous exposerons, ses résultats acquis grâce à une surveillance rigoureuse et continue que nous publierons. Son enseignement de tous les jours, ses longues causeries au lit du malade nous ont initié aux problèmes si ardues de la pathologie infantile : ils ont éclairé pour nous les multiples et difficiles questions qui se posent à tout instant à propos des fièvres éruptives. Qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre profonde gratitude et de notre respectueuse admiration. Nous n'oublierons jamais le bienveillant accueil que nous avons trouvé dans son service.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOIZARD

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Enfants Assistés.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MA FIANCÉE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En exprimant à mes parents, au début de ce travail, mes sentiments de profonde et respectueuse gratitude, je n'acquitte que bien faiblement la dette de vive reconnaissance contractée envers eux.

Tout au moins, les remercierai-je ici publiquement de la constante et affectueuse sollicitude dont ils n'ont cessé de m'entourer.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

A MONSIEUR D. BARNSBY

Directeur de l'Ecole de Médecine et de pharmacie de Tours.

Pharmacien en chef de l'hospice général.

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Hommage respectueux.

A MON PREMIER PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCLOS

Professeur honoraire de clinique médicale.

(Stage 1892-1893).

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR O. HERPIN

Professeur de pathologie externe.

(Externat 1893-1894).

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR HIPPOLYTE THOMAS

Professeur de clinique médicale.

(Internat 1894-1895).

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS THOMAS

Professeur de clinique chirurgicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEDOUBLE

Professeur d'anatomie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BODIN

Professeur de thérapeutique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MEUNIER

Professeur de pathologie interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIÉRRY

Professeur de clinique obstétricale.

Témoignage de reconnaissance.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

LE SERVICE DES DOUTEUX

A l'hôpital des Enfants Malades

AVANT-PROPOS

La question de prophylaxie des maladies contagieuses intéresse au plus haut point le médecin dont le rôle doit être de chercher à préserver les individus sains contre ces maladies et les malades contre les complications, souvent plus graves que l'affection primitive.

Cette question était loin d'être résolue autrefois à l'hôpital des Enfants-Malades où la contagion était si fréquente que le D^r Archambault pouvait dire en 1880. « On y meurt de la maladie qu'on y prend et non de la maladie pour laquelle on y entre ». Et cette formule n'était pas trop exagérée, car des statistiques très exactes, faites dans le service de Monsieur le Professeur Grancher pendant les années 1885-1886-1887, ont montré que cette assertion pouvait être vérifiée dans la moitié des cas environ. Dans

une conférence faite à la Sorbonne en 1893, M. Grancher racontait l'histoire navrante d'un petit enfant atteint de paralysie infantile des deux jambes, par conséquent condamné à l'immobilité dans son lit, qui prit successivement la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la varicelle, l'impétigo, la scarlatine, la broncho-pneumonie enfin à laquelle il succomba.

N'était-il pas effrayant de penser qu'un pareil cortège de misère pouvait s'abattre sur un malheureux enfant condamné par une infirmité à un long séjour d'hôpital. Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène, à l'observation scrupuleuse de l'antisepsie médicale et à des connaissances plus précises sur le mode de propagation des maladies, la prophylaxie des affections contagieuses a considérablement abaissé la mortalité infantile. C'est pour éviter ces nombreuses contaminations à l'intérieur de l'hôpital qu'on créa en 1896 un service spécial, dit des Douzeux, dont la direction fut confiée à Monsieur le Docteur Moizard. Nous l'avons vu fonctionner pendant notre dernière année d'externat et frappé des excellents résultats obtenus, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire complet de l'antisepsie médicale au cours des maladies contagieuses : si intéressantes que puissent être l'énumération et la critique des multiples opinions qui ont été émises sur ce point de pratique médicale, leur exposé nous entraînerait trop loin et dépasserait singulièrement le cadre de ce modeste travail.

Nous n'avons d'autre but que de décrire d'une manière succincte et précise le fonctionnement actuel du service des Douze à l'hôpital des Enfants Malades. Mais auparavant il est indispensable de rappeler en quelques mots l'évolution des idées médicales sur ce sujet.

Autrefois, non seulement on ne pratiquait pas l'antisepsie qu'on ignorait, mais on méconnaissait encore les lois les plus élémentaires de l'hygiène.

Réunis dans les salles communes, tous les malades vivaient dans une atmosphère confinée et à l'abri prudent des courants d'air : le froid était considéré comme le grand ennemi et c'était par crainte des refroidissements qu'on réduisait l'aération au minimum et qu'on négligeait les soins usuels de propreté.

Toutes les complications étaient attribuées à la malignité de la maladie et il n'est pas difficile de se représenter combien elles devaient être nombreuses.

On attribuait alors au jeune âge, à la misère, au refroidissement, à la diathèse tuberculeuse, les causes de la terrible mortalité dans les hôpitaux d'enfants. Ignorant la nature exacte du mal dont on constatait les effets on ne pouvait instituer qu'une prophylaxie bien imparfaite, sans méthode, sans idée directrice. La doctrine pastoriennne devait heureusement faire justice de toutes ces erreurs. L'ère antiseptique du traitement des maladies contagieuses s'installa peu à peu. Ce furent d'abord des essais timides de propreté, puis sous l'influence des études bactériologiques, on marcha plus hardiment et plus logiquement dans cette voie de l'antisepsie médicale et actuellement tous les médecins d'enfants, tous les hygiénistes sont d'accord pour préconiser ces mesures.

Sans vouloir exposer les nombreuses solutions qui furent proposées, nous rappellerons seulement les différentes modifications apportées successivement dans nos trois hôpitaux d'enfants, à Trousseau, aux Enfants-Assistés et à l'hôpital de la rue Sèvres.

A *Trousseau* malgré les pressants appels des médecins pour attirer l'attention de l'administration de l'Assistance publique sur leurs services, on est encore aujourd'hui péniblement impressionné après une visite un peu attentive. Les réformes tentées par Cadet de Gassicourt, Sevestre, Josias, Variot, Netter, n'ont pas pu sensiblement abaisser la terrible mortalité de cet hôpital qui fort heureusement va bientôt disparaître. Depuis 1874 les diphtériques sont soignés dans des pavillons de bois, bien isolés des autres services, mais les scarlatineux diphtériques placés à une extrémité de ces baraques ne sont pas suf-

fisamment séparés. L'infirmière qui les soigne est obligée, pour préparer leurs bains, de traverser toute la partie réservée aux diphtériques simples non scarlatineux qu'elle peut contaminer.

M. Cadet de Gassicourt dirigea le premier service des rubéoleux en 1888, il fut installé dans une vieille maison peu éclairée et mal aérée où il est resté jusqu'à aujourd'hui.

Beaucoup d'auteurs avaient déjà insisté sur la contagiosité des accidents rubéoliques et les premiers, M. Hutinel et M. Sevestre, signalaient le danger de conserver dans une salle commune une broncho-pneumonie ou mieux, d'une manière générale, un malade infecté quelque, que l'infection soit pulmonaire, intestinale, cutanée. Il y a là une loi générale de médecine infantile qui est applicable à tous les malades, qu'ils aient ou non la rougeole. A plus forte raison faut-il en tenir compte, lorsqu'on se trouve en présence de rougeoleux dont la susceptibilité pour l'infection est si grande.

Ce n'est qu'en 1892 que M. Sevestre put faire isoler au premier étage les rougeoles compliquées, cette disposition subsiste encore, mais elle est bien défectueuse, les salles se prêtant mal à une aération convenable.

On a bien donné un dortoir spécial aux infirmières, mais la surveillante du service des Rougeoleux doit en même temps veiller à la bonne tenue du dortoir du personnel infirmier des services de chirurgie et de médecine générale, c'est un danger de contamination indirecte.

L'isolement des Scarlatineux fut commencé en 1886 dans des pavillons de bois qui furent en partie brûlés en

1895, le service fut alors transféré dans une ancienne salle de gymnase occupée autrefois par les teigneux. Les scarlatineux qui deviennent douteux de diphtérie sont envoyés dans un petit pavillon à part, mais c'est la même surveillante qui assure le service des deux pavillons.

M. Variot a fait installer depuis 1890 un service spécial pour les coqueluchies, mais il est situé au troisième étage d'un grand bâtiment qui contient des services de Chirurgie et de Médecine, il n'y a qu'un seul escalier pour tous ces services.

Il existe également à Trousseau un service de Douteux divisé en deux parties ; l'une réservée aux angines suspectes réunies dans les baraques de bois épargnées par l'incendie de 1895. Ce service des Douteux est divisé en cellules de deux à trois lits que séparent de hautes cloisons montant jusqu'au plafond, vitrées de petits carreaux qui tamisent trop la lumière et empêchent une facile aération. On a l'impression d'être dans une prison, on y manque d'air et les malades n'y sont pas absolument isolés puisque chaque cellule contient deux et trois lits. Or il ne faut pas oublier que pour une espèce quelconque de maladie infectio-contagieuse, la réunion d'un nombre même assez restreint de sujets atteints de cette maladie, expose ces derniers aux conséquences les plus redoutables que puisse comporter le mal dont il s'agit.

Heureusement, nous l'avons dit déjà, cet hôpital va bientôt être démoli, on avait essayé de le modifier et de l'améliorer, mais le conseil municipal se refusait aux dépenses nécessaires, dans l'espoir utopique de construire, pour chaque maladie contagieuse, un hôpital suburbain.

Le projet s'est cependant attiré la désapprobation de tous les médecins compétents ; On a prouvé que la contagion ne se faisait que par transport direct (Grancher) ou à de courtes distances (Sevestre) que l'isolement dans l'hôpital suffisait.

On a démontré que les hôpitaux suburbains ne pouvaient recevoir que les malades transportables au loin (et ils ne sont pas légion surtout en matière de croup) et que, conséquence nécessaire, il faudrait conserver dans nos hôpitaux généraux ces pavillons d'isolement qu'on voudrait éviter. L'hostilité des communes suburbaines a jusqu'à présent réussi à faire échouer ce projet.

Autrefois l'infection régnait aussi en souveraine maîtresse à *l'hôpital des Enfants Assistés*. Dans ces salles toujours encombrées, les malades « rumaient l'air expiré » (Axenfeld) et « se repassaient leurs complications » (Bard), c'était presque une nécropole. Dans une série de conférences (1887-90), M. Sevestre passant successivement en revue la diphtérie, la scarlatine et la rougeole, expose de nombreux desiderata, contribuant ainsi pour sa part à l'amélioration du service du dépôt tel que l'a organisé M. le professeur Hutinel.

Nous trouvons la description de ce service modèle dans la thèse du docteur Charles Grèzes, élève de M. Hutinel. Nous lui avons fait de nombreux emprunts.

Les malades non contagieux sont soignés dans le nouveau pavillon Pasteur, magnifiquement aménagé, et dans différents services situés en dehors des divisions.

Mais c'est surtout contre la rougeole que M. Hutinel avait à lutter ; elle était si souvent compliquée et revêtait

le plus souvent une forme si grave qu'on en faisait une description toute spéciale pour l'hôpital des Enfants Assistés. M. Hutinel a réussi à faire disparaître ces complications presque fatales autrefois et à enrayer la contagion en appliquant rigoureusement la méthode exposée par son élève le docteur Grèzes.

Les enfants atteints de rougeole sont isolés collectivement dans cinq pavillons disposés en deux groupes.

L'un de ces groupes comprend le pavillon dit de la diphtérie (n° 5) mais qui, depuis plusieurs années, ne reçoit que très rarement des diphtériques, la maladie étant complètement éteinte aux Enfants Assistés. Ce pavillon est destiné aux rougeoles compliquées : que ces rougeoles y soient envoyées directement, quand la fièvre éruptive éclate au milieu d'une maladie générale grave, ou qu'on ait affaire à une de ces infections mixtes, d'emblée morbillieuse et broncho-pneumonique, soit au contraire que les malades viennent d'un des autres pavillons, par suite de l'apparition d'une complication infectieuse.

Ce pavillon 5 devant ainsi recevoir des malades gravement infectés, devant également servir pour les cas où il y a coexistence de rougeole et de coqueluche, de rougeole et de varicelle, de rougeole et de scarlatine, etc., est aménagé pour recevoir ces malades variés sans qu'ils puissent se nuire mutuellement.

Il comprend à cet effet quatre petites salles; deux d'entre elles ne renfermant qu'un lit et à l'une d'elles on peut accéder directement sans passer par les autres salles. Les deux autres salles, indépendantes l'une de l'autre,

donnant toutes deux accès sur le vestibule d'entrée, peuvent recevoir chacune quatre lits.

Le deuxième groupe, destiné aux rougeoles non compliquées, comprend quatre pavillons séparés complètement les uns des autres. Il y a deux grands pavillons pouvant loger chacun huit à dix malades et deux autres plus petits contenant chacun trois lits. En principe, chacun de ces pavillons ne doit recevoir qu'une série d'enfants; ceux-ci y séjournent exactement quatorze jours.

Toutes les fois qu'il a ainsi passé dans ce pavillon une série d'enfants, il est soigneusement désinfecté, puis il est laissé vide pendant deux ou trois jours, les fenêtres ouvertes, les stores levés pour y laisser largement pénétrer les rayons solaires.

M. Hutinel attache une très grande importance à cette action de l'oxygène atmosphérique et du soleil, ces deux désinfectants, et il serait à désirer, pour le grand bien des malades, qu'on disposât également de salles de rechange dans tous les autres hôpitaux. Grâce à ces bonnes dispositions, la mortalité de la rougeole qui s'élevait autrefois au Dépôt à plus de 40 0/0 était tombée à 20 0/0 en 1896 (Thèse de Grèzes), elle est même descendue aujourd'hui à 15 0/0.

A l'hôpital de la rue de Sèvres, les malades se trouvent confondus dans des salles communes jusqu'à 1882, époque à laquelle on construisit un service spécial pour la diphtérie.

Le 23 janvier 1886, on commence à faire également le triage pour les Rubéoleux, les filles sont envoyées salle Sainte Anne, les garçons salle Saint Michel jusqu'au 30

mai 1888, date de l'ouverture de la salle Guersant, qui subsista jusqu'à cette année.

Pour la scarlatine l'isolement collectif fut fait en 1870 dans la salle où se trouve encore ce service. Mais l'agglomération de tous ces contagieux, dans des locaux qui n'étaient ni disposés ni préparés pour l'antisepsie, ne diminua pas sensiblement la mortalité, ni les cas intérieurs comme le prouve la statistique officielle :

Rougeole.

Années	Cas extérieurs	Cas intérieurs	Décès	Mortalité
1884	362	74	91	43 0/0
1885	301	60	119	33 0/0
1886	279	127	197	48 0/0
1887	371	145	206	40 0/0
1888	217	206	178	42 0/0

L'isolement de la diphtérie avait donné un résultat sensiblement meilleur, à ne considérer que la mortalité, mais les contaminations intérieures avaient été plus fréquentes :

Diphtérie.

Années	Cas extérieurs	Cas intérieurs	Total général	Mortalité
1877	435	58	489	80 0/0
1878	453	61	514	78 0/0
1879	392	78	470	76 0/0
1886	741	115	856	64 0/0
1887	725	77	802	64 0/0
1888	674	200	874	68 0/0

Cependant les maîtres de la rue de Sèvres ne restaient point inactifs, et parmi eux, M. Grancher signalait à différentes reprises, aux sociétés savantes et d'hygiène publique, le grand danger que couraient ses petits malades par le seul fait d'une hospitalisation mauvaise.

En 1888, dans une lettre adressée à M. le Directeur général de l'assistance publique, il expose tout un plan de réformes.

En 1889, M. Hutinel, pendant qu'il remplaçait M. Grancher, tenta le premier de séparer parmi les rubéoleux les cas simples de ceux chez lesquels on redoutait ou qui présentaient déjà des complications. Il avait fait un service à part pour les broncho-pneumonies, mais ces heureuses modifications ne furent point maintenues quand il quitta le service.

En 1890 cependant, M. Grancher signale l'influence déplorable, sur le pronostic de la rougeole, de l'isolement collectif tel qu'il était alors pratiqué. A côté de la broncho-pneumonie, des otites, de la diphtérie, qui sévissent en permanence, il a vu réapparaître le noma que, dit-il, les étudiants d'aujourd'hui ne devraient plus connaître. Soulevant aussi la question de la contagion, il montre qu'elle joue un rôle essentiel et préconise alors tout un système de prophylaxie thérapeutique pour se mettre pratiquement à l'abri de cette contagion.

Voici quelle est cette importante méthode. Elle est basée sur ce fait, que la contamination vient surtout du contact des enfants entre eux hors du temps des visites médicales, et du contact indirect des enfants par le personnel médical ou hospitalier. M. Grancher a tenté de

remédier à ce péril en séparant par un grillage métallique, sorte de paravent, les enfants suspects. Les coins de la salle ont été réservés à cet usage, et comme les salles sont subdivisées par des murs de refend on dispose, salle Pannot de 8 coins et salle Bouchut de 10 coins.

Le mur forme une paroi et protège la tête, le grillage achève l'isolement aux pieds du lit et sur le côté libre. Quand le grillage, qui se replie lui-même en quatre feuilles, est tendu et fixé, l'enfant se trouve placé dans une sorte de box qui l'isole et prévient les contacts en le laissant jouir de la vue de ses camarades qui ne peuvent le toucher, les mailles du grillage étant serrées et sa hauteur suffisante (1 m. 20).

Les élèves ne doivent ouvrir le grillage et aborder l'enfant qu'avec la permission du professeur ou du Chef de clinique, ils sont tenus de se laver les mains immédiatement et de changer de blouse. C'est la même infirmière qui s'occupe de ces enfants, elle ne doit aborder les autres sous aucun prétexte et après chaque contact elle se lave les mains et change de tablier et de blouse.

Pour éviter la contagion par les objets divers qui peuvent venir au contact du petit malade, chacun a son couvert et tous les objets nécessaires à son repas contenus dans un panier en fil de fer galvanisé; dès qu'il s'en est servi, le panier, avec tout ce qu'il contient, est plongé dans l'eau bouillante pendant une demi-heure.

L'utilité de ces box pour pratiquer dans une salle commune l'isolement individuel n'est pas contestable. Ce système de prophylaxie a donné de remarquables résultats aux Enfants Malades. Il est employé sur une vaste

échelle dans les services de médecine des Enfants Assistés : mais combien il est difficile d'obtenir dans le va et vient d'une salle commune qu'une faute contre l'antisepsie ne soit pas commise. Même avec un personnel dévoué qui comprend toute l'importance de ces précautions il est fort difficile d'obtenir un isolement absolu, d'autant plus que ces grillages viennent encore compliquer le service.

Ce système, très précieux dans certains cas, ne pouvait être suffisant pour être adopté dans le service des Douleurs. Différentes solutions furent proposées. MM. les Docteurs Roux, Grancher, Sevestre et Martin furent invités à donner leur avis et arrêtèrent ensemble les dispositions que nous allons décrire.

Mais avant d'exposer le fonctionnement du service des Douleurs à l'hôpital des Enfants Malades, il est nécessaire de montrer quelle en est son utilité et à quels besoins répond son organisation.

I

Utilité du service des Douteux. — Mode de recrutement des malades.

On distingue quatre périodes dans les maladies infectieuses de l'enfance.

1° L'Incubation où il n'y a aucun symptôme.

2° L'Invasion où apparaissent des symptômes variables suivant la maladie, mais consistant généralement en fièvre, troubles gastriques, etc.

3° L'Eruption qui confirme nettement la maladie.

4° La période de déclin.

Le diagnostic ne pouvant être ferme qu'à la troisième période, restera forcément suspendu pendant un laps de temps qui variera avec chacune des maladies contagieuses. Cette ignorance momentanée et forcée qui dépite la curiosité du médecin n'aurait-elle d'autre inconvénient que de nous laisser dans l'inquiétude et dans l'indécision ? On je croyait autrefois quand on pensait que la maladie ne devenait contagieuse qu'au moment de l'éruption, mais de nombreuses observations ont démontré que la contamination était possible dès l'apparition des premiers symptômes d'invasion. M. Girard pour la scarlatine, MM. Chauffard et Legroux pour la variole, ont prouvé que cette con-

tagiosité existe avant l'éruption mais ce fait est surtout vrai pour la rougeole (Bard, Bécère, Grancher, Sevestre) qui est contagieuse dès le premier symptôme de catarrhe ; d'après M. Bard, la contagion est possible trois et quatre jours avant l'éruption ; quand on laisse les enfants en contact pendant toute la période prééruptive, elle s'effectue ordinairement deux jours avant l'éruption et les exanthèmes du contagionnant et du contagionné se succèdent alors à douze jours d'intervalle.

On sait donc aujourd'hui qu'au moment où le diagnostic est possible, il est déjà trop tard pour prendre des mesures de prophylaxie efficaces. Le malade doit être isolé dès qu'il est soupçonné d'être en incubation de maladie contagieuse. Ces questions furent longuement discutées devant l'académie et dans les sociétés savantes par MM. Grancher, Hutinel, Sevestre, Richard, Lucas-Championnière, il en résulta de nouvelles données de la pathologie infantile qui devaient forcément entraîner l'installation d'un pavillon spécial pour les Douteux.

Et d'abord on modifia l'organisation des consultations du matin. Autrefois tous les petits malades se trouvaient réunis dans une salle commune où ils attendaient, parfois plusieurs heures, le moment d'être examinés. Or si l'on songe que les maladies infectieuses sont pour le tiers dans le nombre total des entrées à l'hôpital, on voit quels risques de contamination couraient les deux autres tiers déjà affaiblis par une autre affection et par cela même en excellent état de réceptivité morbide.

Aujourd'hui l'enfant qu'on amène consulter est immédiatement introduit dans une salle spéciale où un Externe

est chargé de faire le triage des malades dès leur arrivée. Il envoie directement dans les services spéciaux les maladies contagieuses nettement caractérisées et retourne les non-contagieux aux consultations générales de Médecine et de chirurgie. Mais reste une catégorie d'enfants dont la maladie n'est pas bien déterminée. Ce sont les suspects qu'il faut bien vite éliminer de la consultation commune ; ils sont immédiatement conduits au pavillon des Douteux.

C'est dans ce service qu'on place en observation : coqueluches, diphtéries, varioles, rougeoles, scarlatines, oreillons, érysipèles, varicelles, sans compter tous les rashes, érythèmes ou toutes les éruptions qui simulent plus ou moins les maladies infectieuses. Ils restent dans cette salle d'attente et d'observation jusqu'à ce qu'on ait pu poser sur eux un diagnostic précis.

Grâce à cette organisation les malades n'entrent dans les pavillons spéciaux qu'après avoir été longuement étudiés, et si une erreur se produit, c'est tout à fait exceptionnel, comme par exemple dans un cas observé cette année. On fit entrer à la scarlatine un enfant atteint d'une varicelle qui avait été précédée d'un rash simulant à tel point la scarlatine que l'erreur était pour ainsi dire inévitable. Dès le lendemain de son admission au pavillon de la scarlatine on constata quelques bulles très nettes de varicelle, le diagnostic se trouvait corrigé, l'enfant retourna immédiatement aux Douteux où il guérit parfaitement.

Outre les malades qui sont envoyés directement de la consultation, le service des Douteux reçoit des enfants

déjà hospitalisés dans d'autres services et cela sans qu'il y ait eu erreur de diagnostic à l'entrée. On conçoit facilement qu'un enfant admis à l'hôpital pour une coxalgie par exemple puisse être aussi en incubation de rougeole ou de tout autre maladie éruptive. A l'insu des parents il a été contaminé en ville la veille ou l'avant-veille, et il est absolument impossible au médecin de s'en douter. L'enfant est, dès son arrivée, envoyé en chirurgie, et cela est juste puisqu'il est absolument impossible de découvrir chez lui autre chose qu'une coxalgie. Or, quelques jours après son admission, apparaissent des symptômes d'invasion ; l'enfant est passé aussitôt aux Douteux. Mais il est déjà trop tard, son entourage a pu être contaminé, le cas reste à la vérité bien rarement isolé, il détermine le plus ordinairement une petite épidémie dans le service.

Le seul moyen d'éviter ces contagions serait d'isoler rigoureusement tout nouveau malade, de le mettre en quarantaine et de le traiter en suspect. Cette méthode employée par M. le professeur Hutinel dans son Lazaret à l'hôpital des Enfants Assistés lui a donné d'excellents résultats. Ce n'est que par cet isolement rigoureux qu'on éviterait toute surprise.

Enfin passent aux Douteux les malades qui ont été contaminés à l'intérieur de l'hôpital, ces cas ne sont d'ailleurs pas très nombreux et deviennent de jour en jour plus rares grâce aux précautions antiseptiques prescrites dans tous les services et surtout depuis l'ouverture de deux pavillons neufs destinés, l'un à la rougeole, l'autre à la diphtérie. Au reste il n'est point nécessaire d'accuser, ni les élèves, ni le personnel hospitalier ; les germes infectieux étant

souvent apportés les jours de visite par les parents et amis. Quand on sait avec quelle minutie les règles de l'antisepsie doivent être observées pour qu'elles soient efficaces, on est même étonné que ce mode de contamination ne soit pas plus fréquent.

II

Discussion de la Contagion par l'air.

Réunir dans un seul service, dans la même salle Henri Roger tous ces contagieux, n'était-ce point aller contre le but qu'on se proposait? N'était-il point à craindre que, dans cette atmosphère surchargée de germes infectieux, les petits malades qu'on avait voulu isoler ne pussent au contraire se contaminer plus facilement? La contagion par contact direct, mode d'infection le plus certain, est cependant un des moins fréquents. A l'hôpital, les enfants maintenus constamment au lit, souvent à grande distance du malade contagieux sont certainement infectés par un autre mécanisme. En pareil cas, quel est le véhicule, le substratum du contage? Est-ce l'air, est-ce un objet ou une personne intermédiaire.

Pour la scarlatine, pour la diphtérie, il y a peu de discussions; toujours on trouve à l'origine de la maladie un contact avec le malade ou avec un objet qui lui a servi et qui porte encore, soit une parcelle de l'épiderme desquamé, soit un fragment de membrane ou de mucus expulsé; c'est une lettre (Sanné), un livre (Fox), une chambre occupée antérieurement par le malade. Mais pour la rougeole M. Sevestre soutenait en 1889 que l'atmosphère

était un moyen de contamination qu'il avait vu pour sa part incriminer assez souvent à juste titre.

Il n'est pas douteux en effet que l'atmosphère contient un grand nombre de germes, Pasteur l'avait prouvé par la mémorable expérience suivante : Dans un ballon de verre préalablement stérilisé il introduit un liquide fermentescible. Le col effilé de ce ballon communique avec un tube de platine chauffé au rouge. Il fait bouillir le liquide pendant deux à trois minutes puis le laisse refroidir complètement. L'air atmosphérique rentre pendant le refroidissement après avoir traversé le tube de platine où ses germes sont détruits. Le col du ballon est ensuite fermé à la lampe. Le liquide ainsi stérilisé se conserve indéfiniment, mais que l'on casse le col et qu'on laisse rentrer l'air extérieur on le voit s'altérer aussitôt.

Il est donc vrai que l'atmosphère contient des germes capables de troubler un bouillon de culture ; ils sont tenus en suspension à la faveur des poussières qui existent d'ordinaire dans une proportion de six à huit millimètres cubes par mètre cube d'air ; l'important était de voir s'il était possible d'empêcher ces poussières de servir de véhicules aux germes infectieux. Si autour de chaque malade il devait exister forcément, quelque précaution que l'on prenne, une zone dangereuse, si ces germes emportés par l'air, se glissant avec lui par les moindres fissures, s'étendaient au loin, c'était l'impossibilité absolue d'une prophylaxie efficace.

Mais des observations nouvelles ont démontré que cette zone dangereuse, quand elle existait, avait une très petite étendue. Et M. le Professeur Grancher, pour répondre

à l'assertion de M. Sevestre, disait à la société de médecine publique : « Je reconnais qu'il existe des faits où l'air atmosphérique semble seul capable du transport des germes à un grand nombre d'enfants à la fois. Comment expliquer par exemple qu'un maître d'école atteint de rougeole à la période d'invasion l'a donnée à tous les enfants de sa classe non vaccinés par une atteinte antérieure ? Comment expliquer que dans un bal d'enfants, un seul malade, resté dit-on isolé et dans un coin de la salle, ait pu transmettre sa maladie à de nombreux camarades sans faire intervenir comme intermédiaire nécessaire l'air atmosphérique ? Ces faits paraissent faire prévaloir la thèse de M. Sevestre, mais, en matière de contagé, nous ne connaissons pas, tant s'en faut, toutes les voies, directes ou indirectes que peut prendre un germe pathogène pour arriver à sa destination. A mon avis, continuait le professeur, si une enquête minutieuse était possible, on trouverait, même dans ces cas, que la souillure par l'air atmosphérique est toujours indirecte. Tyndall a démontré que l'air inspiré est optiquement pur. Strauss que le même air quelque riche que soit en microbes l'air inspiré, n'en contient plus qu'un très petit nombre et que les surfaces humides et ciliées de l'arbre respiratoire retiennent tous les organismes de l'air expiré.

D'autre part, j'ai vainement cherché dans l'air expiré de la poitrine des phtisiques avérés, le bacille bien connu de la tuberculose. Jamais aucun des cobayes que j'ai fait vivre pendant des semaines, deux à trois heures par jour, dans l'air recueilli directement de la bouche de phtisiques

arrivés à la troisième période de la maladie n'est devenu tuberculeux.

Au contraire les faits de contamination par contact sont légion et, entre autres cas, M. Grancher rapportait une observation de son propre service. Salle Bouchut, le 15 avril 1889, L... J. qui venait de la consultation attendit avec ses parents son tour d'interrogatoire. Un externe prenait des renseignements sur les nouveaux malades. Or, les parents déposèrent sur le lit numéro 11 une couverture qui enveloppait leur enfant et s'approchèrent des enfants couchés aux numéros 13 et 14. Du 30 avril au 2 mai ces trois enfants étaient en éruption rubéolique. Quant à L..., suspecté dès son entrée, il fut isolé à l'autre extrémité de la salle où il resta vingt-quatre heures sans contaminer ses voisins immédiats qui n'avaient pas eu antérieurement la rougeole. »

Ces faits démontrent bien l'importance prépondérante du contact direct, de la dessication des produits de sécrétion des muqueuses, répandus dans l'atmosphère, et du transport des germes par les mains, les vêtements, etc., on ne doit admettre qu'à titre tout-à-fait exceptionnel, la contagion par l'atmosphère et poser comme règle générale que, pour qu'il y ait contamination, le contact direct ou indirect est nécessaire. Le seul moyen de supprimer la contagion est donc de supprimer le contact ; la communication par l'atmosphère importe peu, témoin l'immunité dont jouissaient aux Enfants-Malades les chroniques, bien que les croisées des diphtériques s'ouvrissent sur la cour où ils passaient leur journée. On dit aussi avec raison que Necker et les Enfants ne sont qu'un seul et même

hôpital séparés par une claire voie, et cependant Necker n'a jamais souffert du voisinage des Enfants. La diphtérie et la rougeole n'y sont pas plus fréquentes que dans les autres hôpitaux d'adultes.

Salle Henri Roger. — Détail d'un Box. — Son antiseptie. — Usage obligatoire de la Blouse.

La contamination par l'air seul ayant été reconnue impossible, il était donc permis de réunir dans une même salle tous les Douteux, soumis à un système d'isolement spécial. Il était tout indiqué de placer ce service aussi près que possible de l'entrée de l'hôpital. En réduisant au minimum nécessaire le trajet que ces malades dangereux auraient à parcourir à l'intérieur des Enfants malades, on diminuait d'autant les risques de contact. Aussi est-ce dans le premier bâtiment, tout près de la consultation, que fut installé le service de M. le Dr Moizard.

Il est situé au premier étage, il comprend une salle de malades, un laboratoire, un lavabo-vestiaire, un magasin et une office. De forme rectangulaire, la salle Henri Roger mesure 30 mètres de longueur sur 7 de largeur. Haute de 4 mètres 50, elle se trouve largement éclairée par une double rangée de dix grandes croisées se faisant face. Autrefois destinée à un service de médecine générale, cette salle contenait quarante lits. Aujourd'hui elle se trouve divisée en vingt cellules ou box, vitrés d'après le système que M. Hutinel a imaginé et fait installer aux

Enfants Assistés, dans la salle Archambault, pour la première fois dès 1894.

Chaque box constitue une petite chambre dont une paroi est formée par le mur de la salle et les trois autres par des cloisons vitrées. Comme aux Enfants Assistés, on s'est servi de hautes vitres, supprimant ainsi les nombreuses traverses de bois qui cloisonnent encore les vitrages à petits carreaux de l'hôpital Trousseau. On a obtenu ainsi plus de clarté et surtout on a fait disparaître autant de surfaces planes sur lesquelles se reposait si facilement la poussière avec les germes pathogènes. Il est regrettable que la même disposition n'ait pas été adoptée pour les croisées qui par cela même doivent être nettoyées plus minutieusement et beaucoup plus souvent.

Chaque box a une superficie d'environ 8 m. q. et reste ouvert par le haut, les trois cloisons vitrées ne s'élevant qu'à 2 m. 10, ce qui suffit amplement pour empêcher le malade, même dressé sur le lit, de toucher le voisin. Grâce à cette disposition spéciale des cloisons, l'aération s'effectue très convenablement dans chaque cellule. Cette large ventilation commune a facilité également le système de chauffage, assuré par des bouches de chaleur et deux salamandres placées dans un grand couloir central, sur lequel toutes ces cellules s'ouvrent par une porte également vitrée. Les soubassements pleins qui soutiennent les cloisons vitrées, étant de moindre hauteur que les lits, le petit malade, tout en étant isolé de fait, a l'illusion de se croire dans une salle commune.

Il ne subit pas un isolement sévère qui l'attristerait, il assiste aux allées et venues du personnel, voit ses petits

camarades à travers les vitres, peut aussi leur causer, mais se trouve dans l'impossibilité d'entrer en contact avec eux, par conséquent de les contagionner directement.

De plus, ces cloisons vitrées, tout en constituant un isolement parfait, permettent une surveillance active et facile avec un personnel restreint. L'infirmière de garde voit d'une extrémité à l'autre tous les box et peut se porter rapidement au secours de l'enfant qui réclame ses soins. Le box est beaucoup plus petit que ceux de la salle Archambault du service de M. Hutinel; il a été construit pour ne recevoir qu'un seul malade qui doit être absolument isolé de son voisin, tandis qu'aux Enfants Assistés, on n'avait d'autre intention que de faire un isolement collectif de 2 à 3 malades. Cet isolement ne serait pas assez rigoureux pour les douteux.

S'inspirant des idées médicales nouvelles, on devait logiquement considérer l'antiseptie extérieure au malade comme la meilleure prophylaxie des maladies infectieuses. On sait en effet actuellement que ces complications, loin d'être une manifestation directe de la maladie, sont absolument indépendantes du germe spécifique : ce sont des infections secondaires. La chose est clairement démontrée par les broncho-pneumonies qui jouent un rôle si important dans les causes d'aggravation de la rougeole. Quant aux autres complications (conjonctivites, otites, stomatites, laryngites, vulvites, gangrène, etc...) elles relèvent toutes de la même pathogénie. Il est encore une complication assez fréquente dans les hôpitaux d'enfants, elle appartient également au groupe des infections secondaires et

pour les jeunes enfants au-dessous de deux ans, elle est aussi redoutable que la broncho-pneumonie, sinon davantage ; nous voulons parler de ces streptococcies suraiguës qui foudroient en quelques heures et sur lesquelles M. Hutinel a depuis longtemps attiré l'attention ; là encore il s'agit d'un microbe apporté du dehors et se cultivant avec une rapidité considérable. Ces germes si redoutables, il fallait donc les poursuivre dans tous les objets qui peuvent approcher le petit malade, aussi a-t-on déployé dans les box un luxe de précautions antiseptiques, en tout semblables à celles qui sont depuis longtemps en usage dans les meilleurs services de chirurgie et d'accouchement.

Toutes les dispositions ont été prises pour rendre facile une asepsie permanente du box ; on a réduit au minimum nécessaire son contenu, un lit, une table de nuit, deux chaises, un sseau hygiénique. Tous ces objets sont en fer, légers, facilement maniables et désinfectés fréquemment par un lavage avec une solution phéniquée au vingtième. La literie et le linge de corps ont passé à l'étuve avant d'être introduits dans le box et jamais, sous aucun motif, ces objets ne doivent être passés d'un box dans un autre, car ils sont exclusivement réservés à l'usage d'un seul malade.

D'autres mesures ont été prises pour faciliter la désinfection de ces cellules : on a transformé le parquet en une surface dure, unie, imperméable, supportant le lavage à l'eau. Les moindres fissures ont été exactement bouchées pour obtenir une surface lisse et empêcher les germes de se glisser avec la poussière dans les entrevous. Sur les murs

et le plafond a été appliqué un enduit imperméable, bien lisse et uni, pouvant être facilement lavé à l'éponge avec une solution de sublimé au millième. Les parois vitrées présentent des surfaces lisses qu'il est facile d'entretenir nettes et aseptiques.

Les soubassements de bois qui portent les cloisons vitrées ne descendent pas jusqu'au parquet, ils sont soutenus à cinq centimètres au-dessus de lui par des pieds métalliques distants de un mètre. Mais s'il a été ainsi possible d'éviter de trois côtés les angles où se niche si facilement la poussière bactérifère, on a aussi laissé subsister un mode de contamination qui a toujours donné au personnel beaucoup d'inquiétude et un surcroît de surveillance. Il peut arriver qu'un objet tombant du lit du petit malade passe sous ces cloisons pour aller rouler dans le box voisin portant avec lui la contagion. Aux Enfants Assistés les cloisons descendent jusqu'aux parquets sans cependant former ces angles qu'on redoute si justement. On a pu les faire disparaître par une maçonnerie en ciment romain qui transforme ces coins en plans inclinés très facilement nettoyés. Le balayage qui remplissait l'air de poussières et pouvait rendre l'atmosphère dangereuse a été remplacé par le lavage avec une solution antiseptique.

Mais toutes ces dispositions, excellentes et nécessaires d'ailleurs, n'auraient cependant point suffi ; il restait encore un facteur important de la contagion qu'il fallait absolument faire disparaître, au risque de voir toutes les autres précautions devenir inutiles. A quoi bon en effet, cet isolement spécial, cette antiseptie méticuleuse, si le

personnel médical ou hospitalier continuait à porter l'agent contagieux d'un malade à l'autre ? Toute personne entrant dans un box pour soigner et étudier le malade est exposée à infecter ses vêtements et ses mains, et non seulement, si elle ne prend aucune précaution, elle pourra contracter elle-même la maladie mais, ce qui nous intéresse plus particulièrement, elle pourra infecter à son tour d'autres enfants.

Depuis longtemps déjà on avait eu l'idée de protéger les vêtements des personnes destinées à être en contact avec des contagieux. Fournier raconte, dans son ouvrage sur la vie privée au ^{xvii}^e siècle, que Charles de Lorme, médecin de Louis XIII, avait déjà inventé un costume spécial qu'adoptèrent aussitôt la plupart de ses confrères dans leurs visites aux pestiférés. Par dessus leurs vêtements ils portaient une chemise dont l'étoffe avait été trempée dans une composition où entraient des sucs, des huiles et différentes poudres. Ils s'enveloppaient dans un vaste habit de maroquin « que le mauvais air pénètre très difficilement » « prenaient dans la bouche une gousse d'ail, se mettaient de la rue dans le nez, de l'encens dans les oreilles, couvraient leurs yeux de bésicles et, montés sur une mule, allaient visiter leurs clients en cet équipage ».

Heureusement le costume adopté aux Douteux est beaucoup plus simple et plus utile. Il consiste en une blouse de toile, assez ample pour être mise par dessus d'autres vêtements. Si elle n'est plus parfumée, elle a l'immense avantage d'être aseptique, ayant été passée à l'étuve avant d'être introduite dans le box, où il s'en trouve toujours

deux ou trois, placées sur une chaise tout près de la porte. Toute personne qui pénètre dans une cellule est tenue de mettre cette blouse qu'elle a pour ainsi dire sous la main dès qu'elle a poussé la porte du box, elle peut ainsi très facilement protéger complètement ses vêtements avant d'être entrée en contact avec le Doux. C'est là une précaution capitale pour assurer le bon fonctionnement du service elle est rigoureusement exigée. Avant de sortir du box cette blouse est replacée sur la chaise près de la porte retenant ainsi dans ses plis l'agent contagieux, autrefois si facilement transporté au dehors.

Mais avant de se défaire de la blouse il est absolument nécessaire de prendre une autre précaution : il faut se désinfecter les mains. Une cuvette contenant une solution antiseptique se trouve placée sur le rayon supérieur de la table de nuit. M. le Docteur Moizard a choisi comme désinfectant l'oxycyanure de mercure qu'il emploie en solution au millième. Cet antiseptique excellent a le gros avantage de ne posséder aucune odeur et, tout en étant aussi puissant que le sublimé, de ne point entamer l'épiderme.

Cet usage de la blouse qui semble si naturel aux habitués du service serait facilement négligé par les visiteurs, c'est ainsi qu'en janvier 1896 une enfant fut contaminée par sa mère dans les circonstances suivantes :

Marie L., âgée de six ans 1/2, était dans le service depuis plus de quatre semaines ; guérie d'une angine diphthérique grave, elle allait être rendue à sa famille quand elle présenta brusquement une éruption de varicelle. Cette maladie étant fréquente dans le service et l'incubation variant

de quatorze à vingt jours, il était à craindre que l'enfant hospitalisée depuis plus de quatre semaines ait été contaminée pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital. M. le Docteur Moizard voulant savoir à qui revenait la faute prescrivit une enquête. Or la mère qui vint le soir même voir sa fille raconta qu'elle avait à la maison un autre fils dont la peau avait été recouverte quinze jours auparavant de bulles semblables et elle avoua que plusieurs fois, dans son empressement à embrasser son enfant, elle avait négligé de mettre la blouse, immédiatement en rentrant dans le box. Approchant ainsi notre petit malade avec les mêmes vêtements qui avaient été en contact quelques instants auparavant avec le varicelleux qu'elle conservait à la maison, elle lui avait ainsi apporté la maladie heureusement peu grave.

Pour éviter la fréquente répétition de ces fautes d'antisepsie et soustraire les petits malades au danger que peut leur faire courir l'inconscience de leurs visiteurs les parents ne sont autorisés à pénétrer dans le service que deux fois par semaine et il ne leur est pas permis de séjourner plus de dix minutes dans le box. Un personnel dévoué et intelligent explique à ces visiteurs l'intérêt qu'il y a, et pour eux-mêmes et pour leurs autres enfants, à revêtir la blouse et à se désinfecter les mains, et c'est le plus souvent de très bonne grâce qu'ils se soumettent à cette utile obligation.

IV

Réception d'un malade. — Nécessité d'assurer son antisepsie personnelle. — Auto-infection. — Annexes du service.

Dès que le malade arrive dans le service il est immédiatement introduit dans le box qui lui est destiné. Une infirmière protégée par une des blouses de ce box procède à la toilette du malade. Si grande en effet que soit l'importance de la propreté véritablement chirurgicale de l'entourage du petit malade, il n'est pas inutile de la compléter par l'antisepsie directe du malade lui-même. C'est l'application immédiate à la thérapeutique des notions mises en lumière par les bactériologistes modernes, sur l'habitation de l'organisme humain par des germes de toutes sortes. La peau, on ne l'ignore pas, est un réceptacle de microbes. Les cavités buccale et nasale, où sont réunies à un si haut degré les conditions de chaleur et d'humidité favorables à la pullulation microbienne, renferment à l'état normal et d'une façon constante des micro-organismes divers (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, etc. Les recherches de Fränkel, de Golddenberg, de Netter, de Strauss, sont aujourd'hui classiques.

Il était tout naturel de se demander ce que devenaient ces germes dans les maladies infectieuses, s'ils n'étaient pas le point de départ des infections secondaires. A ce point de vue les recherches de Méry et de Boulloche sont particulièrement intéressantes. Etudiant spécialement les enfants atteints de rougeole ils ont montré que le pneumocoque et le streptocoque se rencontrent dans la salive de ces enfants avec une fréquence beaucoup plus grande que chez les enfants sains; ils ont montré en outre que les accidents broncho-pulmonaires dans le cours de la rougeole n'apparaissent, sauf de très rares exceptions, que chez des enfants dont la salive contient des pneumocoques et des streptocoques : à l'autopsie il est possible de suivre le microbe pathogène, reconnu dans la salive, des voies aériennes supérieures jusqu'aux petites bronches.

De son côté M. Grancher, dans la séance du mois de Mars 1889 à la société médicale des hôpitaux, disait: « Le pneumocoque de Frænkelet le pneumo-bacille de Friedlander sont à coup sûr les micro-organismes qu'on rencontre le plus souvent dans les broncho-pneumonies consécutives à la rougeole, mais jusqu'ici il est démontré qu'un grand nombre de ces germes pathogènes existent fréquemment dans la cavité bucco-pharyngée d'un grand nombre d'individus sains; force nous est d'admettre qu'il faut d'autres conditions adjuvantes spéciales pour déterminer l'apparition de la broncho-pneumonie. Sans doute ces conditions sont réalisées par le milieu nosocomial avec son hygiène défectueuse, par la débilité des enfants de la classe pauvre qui deviennent, du fait même de leur rougeole, un terrain propice pour l'évolution des germes infectieux;

mais alors pouvons-nous espérer arriver à combattre efficacement cette contagion de la broncho-pneumonie, *s'il s'agit en somme d'une auto-infection.*

Et l'année suivante, au comité d'hygiène publique (10 novembre 1870), M. Grancher se demande « si le bacille pseudo-diphtérique qui existe dans la salive des enfants sains ne peut, sous l'influence de la rougeole, devenir virulent et si la diphtérie ne peut ainsi naître sans contagion par la seule modification du terrain humain et des propriétés du microbe diphtérique sous l'influence d'une maladie intercurrente ? »

Belloir dans sa thèse arrive aux conclusions suivantes : les infections secondaires, causes de gravité de la rougeole, sont dues dans certains cas aux germes apportés du dehors (infection par contagion) mais, dans la grande majorité des faits, elles sont sous la dépendance des agents microbiens de la cavité bucco-pharyngée et des fosses nasales devenant chez les rougeoleux plus fréquents et plus virulents que chez l'individu sain (infection autochtone).

Pour la Scarlatine, des recherches de Lemoine, d'Espine et Maillart, de Bergé et de Fiessinger ont montré la présence dans les amygdales de streptocoques et on est bien près d'admettre aujourd'hui que ce microbe est l'agent pathogène de la Scarlatine.

D'autre part Moizard dit, dans le *Traité des Maladies des Enfants* : « L'avenir nous apprendra la valeur des recherches très intéressantes de Coze, Klein-Löffler, Frœnkel de Frandenbergh, d'Espine et Marignac, Bourges et Wurtz. Et si elles ne peuvent encore être acceptées

comme définitives on ne peut qu'être frappé, après les travaux de bactériologie qui mettent en lumière la ressemblance du streptocoque de la scarlatine avec le streptocoque pyogène par les faits de Lenhartz, de Jaccoud, qui prouvent que l'érysipèle peut compliquer la scarlatine et de Heubner qui, examinant la gorge d'un scarlatineux regut, au niveau d'une érosion tégumentaire de la face, une particule salivaire et contracta un érysipèle. Ces faits cliniques viennent confirmer les travaux de bactériologie et en fortifient les conclusions ; ils rendent très probables la nature streptococcique de la scarlatine. La plupart des accidents locaux de la scarlatine ressortissant au streptocoque, on se demande même ce qui doit rester au microbe inconnu de la scarlatine, surtout si on tient compte de la propriété du streptocoque de provoquer dans certaines conditions une éruption scarlatiniforme ».

Pendant l'année 1899, M. Roger a recueilli à l'hôpital d'isolement de la porte d'Aubervilliers 5 observations d'érysipèle survenus chez des convalescents de scarlatine. Il ne croit pas à une simple coïncidence ou à une contamination à l'hôpital, car jamais il n'a observé d'érysipèle dans la convalescence de rougeole. Il semble plus probable que les poussées d'érysipèle dépendent de l'exaltation du streptocoque. Le rôle de ce microbe dans les complications de la scarlatine étant nettement établi nous sommes en possession d'une donnée fort importante, non-seulement au point de vue nosologique mais encore au point de vue thérapeutique.

Il résulte de tout cela que, si ces données sont exactes, l'hygiéniste doit s'occuper avant tout et surtout de préve-

nir l'infection autochtone. Dans cette hypothèse il faudra donc s'attacher à réaliser dans la mesure du possible l'antisepsie du malade, et notamment l'antisepsie de la gorge et du nez, ce sont en effet les points sur lesquels s'est portée de préférence l'attention des partisans de ce système prophylactique.

Pour la désinfection buccale on a préconisé le chloral, le sublimé étendu, l'eau boriquée, l'eau phéniquée faible, l'eau naphtolée, la solution de Galippe (Eau 1000 grammes, phénol 5 grammes, thymol 0,15 centigrammes), les grands lavages agissant surtout par leur action mécanique.

Voici les mesures antiseptiques préconisées par M. Marfan dans une de ses cliniques.

Antisepsie buccale. — Garnir l'extrémité d'un stylet avec de l'ouate qu'on trempe dans une solution antiseptique et nettoyer la surface des dents, des gencives, des joues, la surface de la langue et même les amygdales. On peut employer des solutions de :

Résorcine à 1 0/0.

Acide phénique à 1 pour 500.

Liqueur Labarraque à 4 0/0.

Acide borique à 3 0/0.

Borate de soude à 10 0/0.

A chacune de ces solutions on peut ajouter une goutte d'essence de menthe.

Antisepsie nasale. — Chez l'enfant du premier âge, rien n'étant plus difficile, plus dangereux et moins efficace que les irrigations nasales, il faut se servir de corps gras.

1° Tous les jours, instiller dans chacune des fosses nasales quelques gouttes d'huile au menthol au 1/40 :

2° Dans le reste de la journée, sur l'ongle du petit doigt, introduire dans chaque narine gros comme un pois de la pommade suivante :

Vaseline 30 grammes

Résorcine 0,30 centigrammes

Dans le service de M. le Dr Moizard on a adopté le système des grands lavages qui chassent mécaniquement des cavités naturelles les exsudats et sécrétions contenant les germes pathogènes. Pour les tous jeunes enfants on fait seulement usage d'eau bouillie et chez les grands d'une solution boriquée à 4 0/0. Après ces grandes irrigations on verse avec une petite cuiller de l'huile mentholée au centième dans les narines. M. Moizard préfère cette méthode au siphonage des fosses nasales qui ont été prônées par divers auteurs sous l'influence d'idées théoriques d'une vérité contestable. Il pense que les lavages du nez, douloureux et désagréables pour le malade, sont parfois dangereux, la possibilité d'une infection ascendante de la trompe d'Eustache ayant été trop souvent reconnue.

Les yeux sont lavés fréquemment à l'eau boriquée et en cas de conjonctivite intense, recouverts d'un pansement.

Les oreilles sont très attentivement surveillées ; si l'enfant arrive avec une suppuration du conduit auditif externe, on le nettoie par des irrigations boriquées et

on le bouche avec un tampon d'ouate hydrophile stérilisée, renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire. Quand l'écoulement est abondant, un pansement est appliqué sur l'oreille. Ces soins méticuleux sont essentiels pour l'enfant lui-même; une otite négligée pouvant compromettre gravement le bon fonctionnement futur de l'appareil auditif et même engendrer des complications mortelles; et aussi pour les autres enfants qu'il s'agit de préserver de toute infection (Intéressantes observations de M. Lermoyez sur la contagiosité des otites. *Presse médicale*, 1897). Enfin toute plaie suppurante est très soigneusement nettoyée et recouverte d'un pansement qui empêche la dissémination des germes. Les croûtes d'impétigo (où abondent toujours les microbes pyogènes, surtout le staphylocoque) les bulles de pemphigus ou d'infection cutanée, les panaris superficiels, les abcès, sont maintenus constamment sous un grand pansement.

M. le Dr Moizard emploie comme protecteur des petites plaies un vernis antiseptique également très recommandé par M. Grancher, imaginé par M. Berlioz, c'est le stérésol.

Il a un grand avantage sur le collodion en ce qu'il est plus adhérent, se fixe même sur les parties humides, sur les muqueuses toujours mouillées et s'enlève beaucoup plus facilement avec un peu d'éther. C'est un topique antiseptique précieux pour toutes les régions où il est difficile de maintenir un pansement.

L'antisepsie du malade lui-même étant ainsi bien assurée il est mis au lit, revêtu de linge d'hôpital ayant passé à l'étuve. Tous ses effets sont réunis en un

paquet qui est aussitôt emporté au service de désinfection ; ils lui seront rendus en parfait état de propreté au moment de son départ. Pendant tout son séjour le malade dispose seul des mêmes objets qui ne doivent sortir du box que pour être aussitôt stérilisés. Les jouets que l'enfant a eu pendant sa maladie doivent être détruits par le feu, de nombreuses observations ayant montré que les objets souillés sont longtemps dangereux, l'agent contagieux pouvant conserver longtemps sa virulence.

Si, en effet, la vitalité du germe de la rougeole semble être très limitée, au point qu'un enfant mis le lendemain dans la chambre d'un rubéoleux parti de la veille, ne prend pas la rougeole, il n'en n'est pas de même pour la scarlatine ni pour la diphtérie ainsi que le prouvent de très nombreux exemples. Sanné, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, raconte qu'un malade qui avait eu la scarlatine à Sedan étant venu à Paris après sa guérison, transmet la maladie soixante-treize jours après le début des accidents.

L'année dernière M. H. Roger a observé le fait suivant : un malade atteint de scarlatine est soigné à l'hôpital d'Aubervilliers il y séjourne le temps réglementaire (40 jours) et quarante-huit heures après son retour dans la famille, son frère a une éruption de scarlatine et rentre à son tour à Aubervilliers.

Parrot rapporte que trois enfants d'une même famille furent atteints de diphtérie parce qu'ils avaient été quelques jours auparavant conduits en promenade dans une voiture qui avait servi plusieurs jours avant au transport d'un jeune diphtérique à l'hospice des Enfants Assistés.

Roux et Yersin ont constaté la persistance de la virulence de leur culture pendant cinq mois.

Worms rapporte l'observation d'une angine simple transformée en angine diphtérique par un badigeonnage avec un pinceau qui avait servi quatre ans auparavant au même usage pour la fille du malade atteinte de diphtérie. Ce pinceau, après la maladie de l'enfant, avait été soigneusement enveloppé dans du papier et placé dans un tiroir, bien à l'abri du soleil, ce puissant stérilisateur naturel.

Enfin, autre exemple de la longue vitalité du bacille de Loeffler : M. le professeur Nocard a communiqué à M. Grancher le fait suivant dont un de ses anciens disciples a été victime : il avait deux fils, l'un âgé de 5 à 6 ans, l'autre de 2 ans. L'aîné prend la diphtérie et en meurt. Il couchait dans une petite salle spéciale que, par une sorte de culte très compréhensible, la mère conserva telle quelle, sans vouloir rien changer à la disposition qui existait lors de la mort de son enfant. Le jeune couchait dans un petit lit près de ses parents.

Plus de deux ans après la mort de son frère, il demanda à occuper la chambre, restée vide jusque là. Les parents y consentirent. Trois semaines après il prenait à son tour la diphtérie et succombait.

Toutes ces observations prouvent assez quelle est l'importance capitale de la désinfection du box après le départ d'un malade. Elle est faite très rigoureusement par le personnel infirmier attaché au service. M. le Dr Moizard a renoncé aux pulvérisations qui sont insuffisantes et les a remplacées par un lavage minutieux avec une

solution phéniquée au vingtième. Aux Enfants Assistés, la désinfection est faite au formol, elle a donné aussi d'excellents résultats.

Au service des Douzeux est annexé un laboratoire fort bien organisé. Il est de règle d'ensemencer sur sérum toute gorge suspecte ; le tube à culture est aussitôt mis à l'étuve et le lendemain l'examen de la culture permet de reconnaître s'il s'agit de diphtérie ou de toute autre espèce microbienne.

Dans le lavabo-vestiaire les élèves changent leurs vêtements de ville contre des vêtements d'hôpital et font une minutieuse toilette des mains et du visage avant de quitter l'hôpital.

A l'office, bien éclairé et toujours d'une propreté irréprochable, une installation à gaz permet d'obtenir en quelques minutes la stérilisation des gobelets, couverts, et de tout objet souillé par le malade.

Telle est l'organisation du service des Douzeux à l'hôpital des Enfants-Malades. Les meilleures précautions d'isolement et d'antisepsie ne dépendent pas seulement du genre des constructions où elles se pratiquent, mais surtout de la foi et du zèle qu'apporte le personnel à les pratiquer. M. le professeur Grancher déplorait dans une de ses leçons la négligence de certains élèves dont le dangereux scepticisme faisait échouer la prophylaxie la mieux entendue et pour les convaincre il leur citait les noms de leurs camarades victimes de leur imprudente négligence dans le service de clinique. C'est qu'il faut qu'elle soit pratiquée dans toute sa rigueur pour que l'antisepsie soit réellement efficace. La crainte salutaire du

microbe pathogène est nécessaire, grâce à elle on arrivera à des résultats absolument imprévus, si on apporte en médecine le même soin méticuleux avec lequel on fait l'antisepsie chirurgicale et obstétricale. M. le D^r Moizard a su communiquer sa ferme conviction à tout son personnel et les malades se trouvent si bien en sûreté dans leur box que souvent il n'a pas hésité à garder au service des Dou-teux des malades non contagieux mais dont l'état très précaire faisait craindre une issue fatale. Ainsi placés dans d'excellentes conditions d'antisepsie et d'hygiène tous ces malades en ont grandement bénéficié.

Deux infirmières assurent le service de nuit, trois autres le service de jour sous les ordres de Mme Chintrier qui depuis de longues années exerce avec un profond dévouement les fonctions de surveillante. La besogne a été répartie de telle sorte que chacune ne doit s'occuper que d'un nombre de lits déterminés.

Les responsabilités ayant été divisées et précisées pour chacune on obtient ainsi plus de zèle et on peut mieux distribuer à l'occasion le blâme ou l'éloge.

Devant les excellents résultats obtenus par cette installation spéciale on est étonné que ces utiles mesures de prophylaxie n'aient point encore été généralisées à tous les hôpitaux. Sans doute la contagion est infiniment moins à craindre dans les services d'adultes qui ne reçoivent pas les maladies éruptives mais croit-on qu'il est indifférent pour les malades atteint d'une bronchite simple de se trouver dans la salle commune au milieu des tuberculeux, des pneumoniques, des grippes infectieuses, des fièvres typhoïdes et autres graves maladies. Sans doute les chefs

de service ont déjà essayé avec les faibles moyens dont ils disposent de pratiquer un isolement relatif. Rien ne serait plus facile cependant que d'établir à peu de frais dans chaque service de médecine, aux quatre extrémités de la salle, des box vitrés. Tout le personnel devrait être exercé de longue date à pratiquer aussitôt que possible l'isolement des malades, dont l'entrée dans la salle commune est un danger pour tous les autres, les angines, les diarrhées infectieuses, les infections bronchiques, les broncho-pneumonies, devaient être considérées comme des contagieux au même titre qu'une scarlatine, une variole et une diphtérie. Avec de telles mesures on pourrait assainir la plupart des services dont la reconstruction deviendrait inutile et l'on verrait rapidement diminuer, dans de grandes proportions, la mortalité de tous les hôpitaux.

STATISTIQUE

Dans la seconde partie de cette étude, nous allons exposer la statistique des malades soignés dans le service depuis janvier 1896 jusqu'en juin 1900 exclusivement. Pour chaque maladie nous relaterons les symptômes le plus souvent observés, qui peuvent faciliter un diagnostic précoce et nous noterons les particularités intéressantes.

Nos observations ne portent pas sur les 5138 malades reçus dans le service, nous en avons éliminé 1370 divers, non contagieux, introduits par faveur dans le service pour leur faire profiter d'une meilleure installation que celle dont on dispose salle Bazin. Il est bon de noter qu'aucun de ces malades qui ont séjourné un minimum de 15 jours aux Douteux n'a été contaminé. De même nous n'avons pas tenu compte des observations incomplètes ou trop sommaires. En outre beaucoup de malades n'ayant fait qu'un séjour de quelques heures salle Henri Roger n'ont pas eu de fiche d'observation, ce qui réduit notre statistique à 3167 malades.

ANGINES.

Le service des Douteux reçoit un très grand nombre d'enfants atteints d'angine étant donné qu'il est bien souvent impossible à un premier examen clinique de reconnaître la nature exacte de l'affection et qu'il est indispensable d'avoir recours à l'examen microscopique pour instituer à temps un traitement approprié.

C'est ainsi qu'on a soigné :

1° 108 angines catarrhales simples à cocci. Le plus souvent annoncée par du malaise et un léger mouvement fébrile, révélée seulement chez les très jeunes enfants par une grimace au moment où ils avalent, cette variété d'angine se caractérise par une rougeur diffuse qui s'étend à la luette, au voile du palais et aux amygdales plus ou moins tuméfiées.

2° 28 angines herpétiques. Cette variété est caractérisée par des taches blanc jaunâtre, disséminées, circonscrites, devenant rapidement d'un jaune chamois et présentant toujours des contours irréguliers, en zigzags; il nous est arrivé une fois de voir les petites vésicules auxquelles succèdent ces taches. Elles se détergent peu à peu et se terminent par des exulcérations légères de la muqueuse qui se comblent et guérissent sans cicatrice apparente en trois ou quatre jours. Cette forme d'angine a presque toujours été accompagnée d'une fièvre vive à ascension thermique brusque rappelant celle de la pneumonie. Les cultures ont donné des cocci et des streptocoques. Ces cas ont toujours été bénins.

3° 49 angines pultacées, caractérisées par des amas d'un blanc très pur au début, disséminées sur les lacunes des amygdales enflammées, s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile sans symptômes généraux.

4° 50 angines phlegmoneuses surtout caractérisées par la difficulté d'entrouvrir la bouche. La résolution se fit toujours naturellement, on n'eut jamais recours au bistouri.

3° 52 angines diphtéroïdes caractérisées par la présence de plaques en forme de membranes, tantôt uniques, tantôt multiples, mais ne tapissant pas d'une façon uniforme toute l'amygdale, adhérentes, mais pourtant assez faciles à détacher de la muqueuse congestionnée sous-jacente, habituellement limitées aux lacunes de l'amygdale, pouvant exceptionnellement s'étendre à la luette ou aux piliers. Il est impossible au début de distinguer ces fausses-membranes de l'exsudat diphtérique. Le microscope décèle la présence de streptocoques et de staphylocoques.

Ces angines pseudo-diphtériques ont été observées 3 fois chez des scarlatineux, le 2°, le 3° et le 4° jour après l'éruption.

Deux fois on a observé dans le cours de ces angines à streptocoques un rash scarlatiniforme.

Un engorgement ganglionnaire de chaque côté du cou est signalé dans toutes les observations. La température a été constamment élevée au-dessus de 38°, le petit malade est fort agité, quelquefois il a des convulsions et du délire.

6° 438 angines diphtériques reconnues vraies au microscope.

Voici quelle est la conduite suivie par M. Moizard. En cas d'angine douteuse, les caractères objectifs n'ayant qu'une valeur relative, on fait un ensemencement avant de pratiquer l'injection de sérum Roux, au bout de vingt-quatre heures au plus on a le résultat. S'il est positif on pratique l'injection, quelque bénigne que paraisse l'angine, car une diphtérie légère aujourd'hui peut être grave demain, soit par augmentation des lésions pharyngées, soit par leur extension au larynx. Dans ces cas légers vingt-quatre heures d'attente ne comportent pas de danger. Mais si l'angine est intense et paraît diphtérique il faut injecter immédiatement avant de connaître le résultat bactériologique, surtout s'il y a des accidents laryngés. L'examen bactériologique doit être renouvelé chaque jour. Il se peut que l'attouchement de la gorge ayant été trop superficiel la culture ne donne pas de bacilles dans une angine cependant diphtérique. Le fait s'est présenté il y a trois ans chez un petit malade qui vint mourir dans le service. M. Jacobson, à cette époque interne de M. Moizard, fit régulièrement chaque jour des cultures de la gorge et ne trouva toujours que des cocci et des staphylocoques. Malgré ce résultat l'enfant fut injecté, car il présentait cliniquement tous les symptômes objectifs de la diphtérie. Après l'autopsie, en examinant les couches profondes des membranes qui tapissaient le pharynx, on trouva du bacille de Lœffler, long et enchevêtré, déposé par places en faisceaux d'épingles.

Nous avons observé dernièrement un cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse prise au début pour une origine diphtérique ; en voici l'observation :

Charlotte B..., âgée de 7 ans $1/2$ est passée aux Douteux le 11 mai 1900. La veille, jour de son admission à l'hôpital elle présentait une angine membraneuse unilatérale avec peu de réaction fébrile et gros engorgement ganglionnaire, le diagnostic de diphtérie parut si évident que l'enfant fut immédiatement dirigée sur le pavillon Trousseau où elle reçut en injection sous-cutanée 20 cc. de sérum Roux. Mais le lendemain M. Sevestre ayant examiné l'enfant et assuré par l'examen bactériologique qu'il ne s'agissait pas de diphtérie la fit passer aux Douteux. C'est une enfant d'un aspect pâle et chétif, elle apparaît dans un grand état de misère physiologique. Elle nous apprend qu'elle a commencé à souffrir de la gorge il y a 3 jours ; elle n'a eu aucun vomissement, aucune éruption sur le corps, elle était seulement un peu gênée pour avaler. Sa mère ayant constaté « des peaux » dans la gorge demanda son admission d'urgence à l'hôpital.

Le 11 mai. — L'examen complet de toute la surface du corps ne révèle aucune trace d'éruption. Sur la partie latérale gauche du cou, au niveau de l'angle de la mâchoire, on constate un engorgement ganglionnaire de la grosseur d'un œuf de poule. La peau est normale, non enflammée à ce niveau, la palpation est douloureuse. En ouvrant la bouche de l'enfant on constate du même côté, sur l'amygdale hypertrophiée et rouge, une fausse membrane dont l'aspect est franchement couenneux, très adhérente au tissu sous-jacent, s'étendant sur une largeur d'une pièce d'un franc environ. L'injection faite la veille au service de la diphtérie ne semble avoir produit sur elle aucun effet.

Rien sur les piliers du voile du palais ni sur la partie postérieure du pharynx. Mais la moitié gauche de la luette dans

toute sa partie qui est en contact avec l'amygdale gauche, est également recouverte d'une fausse membrane qui présente les mêmes caractères. L'autre moitié de la luvette est absolument normale, non tuméfiée, de même l'amygdale droite a son volume et sa coloration normales.

L'enfant a 37°5 de température, le pouls est à 90. La voix est tout à fait claire, l'haleine un peu fétide. Pas d'albumine dans les urines.

M. Moizard informé du résultat bactériologique, négatif au point de vue de la diphtérie, pense à une localisation anormale de la stomatite ulcéro-membraneuse et prescrit de grands lavages de la bouche au chlorate de potasse et des attouchements avec l'eau oxygénée. L'évolution de la maladie démontra l'exactitude de ce diagnostic.

Le 12 et le 13 mai. — L'aspect des lésions reste absolument le même, la température a oscillé autour de 38°, le pouls s'est maintenu à 90°. L'haleine est devenue moins fétide. Pas de tuméfaction ni de ramollissement des gencives qui sont restées intactes ainsi que la muqueuse des joues. Même engorgement ganglionnaire.

L'examen bactériologique donna de nombreux staphylocoques accompagnés de bacilles en fuseaux.

14 mai. — La fausse membrane n'a pas de tendance à gagner en étendue, elle a gardé les mêmes dimensions mais paraît plus épaisse et comme gonflée, ses bords se détergent et la muqueuse apparaît dessous rouge saignante et ulcérée. Une nouvelle culture donne encore des staphylocoques et des bacilles en fuseaux, pas de spirilles.

15 mai. — T. 37°6, P. 100. Etat général tout à fait bon. Le malade a un excellent appétit et mange sans souffrir.

L'engorgement ganglionnaire est toujours de la grosseur d'un œuf de poule. La fausse membrane est nettement décollée, elle a perdu sa teinte blanchâtre elle est devenue grisâtre. L'aspect de la gorge est tout à fait spécial. L'exsudat pseudo-membraneux qui apparaissait hier comme boursoufflé, s'est affaissé et paraît aujourd'hui en retrait dans l'amygdale, s'enfonçant profondément dans une ulcération à bords nettement décollés, irréguliers, épaissis et saillants. Le fond de cette perte de substance est anfractueux, inégal et grisâtre. De même la moitié gauche de la luette se trouve creusée d'une petite cavité à demi-comblée par des débris sanieux. L'engorgement ganglionnaire a beaucoup diminué, il est de la grosseur d'une amande.

Les jours suivants la température redevint tout à fait anormale mais les ulcérations ne se comblèrent que lentement.

Le 17 mai. — Apparition de plaques d'urticaire sur le tronc et les membres.

Sur la face dorsale des pieds l'érythème papulo-ortié reposait sur des placards purpuriques et scarlatiniformes. Cette éruption polymorphe est attribuée au sérum Roux que l'enfant reçut le jour de son entrée à l'hôpital.

Le 20 mai. — Le malade quittait le service présentant encore sur la moitié gauche de la luette une petite ulcération où aurait pu loger une lentille ; sur l'amygdale l'ulcération était deux fois plus profonde.

Ce qu'il est intéressant de constater dans cette observation, c'est l'existence de ce stade pseudo-membraneux pendant lequel cette angine ulcéro-membraneuse simule à s'y méprendre la diphtérie.

C'est au microscope à décider dès le début : au lieu du bacille de Lœffler il faut reconnaître la présence de bacilles fusiformes associés ou non à des spirilles.

Il y a lieu de remarquer également le peu de réaction que suscite cette affection. L'engorgement ganglionnaire persiste assez longtemps ; l'enfant reprend sa bonne mine et retrouve son appétit bien avant que la cicatrisation des ulcérations soit terminée. Cette tendance à s'accroître surtout en profondeur et non à s'étendre superficiellement comme la diphtérie est un bon signe diagnostique mais se manifeste trop tard.

La fétidité de l'haleine peut faire penser plus tôt à la stomatite ulcéro-membraneuse.

CROUPS.

Les cas de croup qui ont passé aux Douzeux sont peu nombreux, nous n'en comptons que 49 et voici comment on peut expliquer ce petit nombre. Cette affection débute rarement d'emblée, s'établissant au contraire insidieusement, n'attire que tardivement l'attention des parents, aussi est-il presque de règle que lors de son entrée à l'hôpital le petit malade a déjà atteint la période de suffocation ; le tirage sus et sous-sternal existe, aucun doute n'est possible et l'enfant est aussitôt dirigé au pavillon spécial de la diphtérie pour être tubé.

Parmi les cas du service, 35 ont succédé à une angine diphtérique, 4 à la rougeole, 4 avaient déjà été tubés l'année d'avant, les 9 autres cas étaient des croups d'emblée.

FAUX CROUPS.

Par contre les cas de faux croup sont très nombreux, le début brusque et solennel, la toux rauque, les accès de suffocation effrayent grandement la famille qui amène l'enfant aussitôt. Il est passé aux Douteux 415 cas de faux croup.

1 fois un enfant atteint de néphrite fut passé aux Douteux pour accidents d'œdème de la glotte simulant absolument une laryngite striduleuse, voici l'observation :

Vig... Louise, 4 ans 1/2. Bons antécédents héréditaires, rachitique (Thorax en carène. Nouures des épiphyses. Tête volumineuse), elle a eu le croup il y a 2 ans. Depuis assez bonne santé habituelle. Vendredi 18 mars 1898 l'enfant se plaint de souffrir de la tête.

Dans la nuit, elle est subitement prise vers 1 heure du matin d'un accès de suffocation qui dure quelques minutes et se reproduit plusieurs fois jusqu'à 4 heures. L'enfant se rendort, passe le reste de la nuit avec calme et se réveille le lendemain tout à fait gaie, ne se ressentant de rien. Mais, vers 3 heures de l'après-midi, elle esquisse une nouvelle crise de suffocation qui disparaît au bout de 2 à 3 heures. La nuit suivante, nouvelle crise de suffocation à minuit. Depuis ce moment, les accidents ont constamment suivi la même marche avec : accès nocturne, gêne respiratoire dans la soirée. Bon état dans l'intervalle, mais toujours un peu de gêne à l'inspiration.

Actuellement 23 mars, l'enfant a la figure bouffie, un peu

pâle, et elle n'a pas de fièvre, sa voix est rauque, mais non éteinte.

Gorge normale. — L'épiglotte, quand on abaisse la base de la langue apparaît rouge, œdématisée et déformée.

Poumons. — Râles sonores dans les deux poumons.

Cœur. — Bruit de galop à la pointe.

Urines. — Sanguinolentes et peu abondantes. Albumine en quantité considérable.

L'enfant fut mise au régime lacté absolu. On appliqua des ventouses scarifiées sur la région lombaire, on lui administra un léger purgatif et tous ces accidents disparurent en une huitaine de jours. Ainsi l'œdème de la glotte, survenant comme premier symptôme de l'hydropisie, aurait pu induire en erreur et faire croire à une laryngite striduleuse.

Le caractère essentiel qui aide à différencier la laryngite du croup, c'est la conservation de la voix, elle se trouve mentionnée sur toutes nos observations. L'aspect général du petit malade peut donner également de bons renseignements, le plus ordinairement les enfants atteints de laryngite striduleuse présentent une agitation toute particulière, ils se remuent sans cesse dans leur lit, ne trouvant aucune position qui leur convienne, ce sont des enfants nerveux et il n'est pas rare de les voir dans leur box, étendus sur leurs couvertures, couchés à l'envers, leur tête au pied du lit. Au contraire l'enfant douteux du croup est plus calme, étendu tranquillement dans son berceau, il souffre déjà de l'infection du bacille de Loeffler, il semble plus abattu. Ces petites remarques ne pourraient certes pas suffire à poser un diagnostic, il faut surtout se baser sur l'évolution des accidents, sur l'examen bactériologique.

30 fois le faux-croup est signalé comme précurseur d'une rougeole.

Le traitement qui leur a été appliqué dans le service consiste en pulvérisations dans le box, compresses chaudes en avant de la gorge et potion à l'antipyrine.

Nous avons relevé 12 cas de récidence, 6 fois le malade avait à 2 reprises différentes fait de la laryngite striduleuse.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS.

47 enfants atteints d'abcès rétro-pharyngiens sont passés dans le service. Tous ont été opérés et ont parfaitement guéri. L'un d'eux au moment de l'intervention eut un accès de suffocation qui nécessita la trachéotomie.

Le diagnostic de cette affection est ordinairement facile, il semble qu'il suffise d'y penser, cependant le seul fait de passage aux Douteux de ces malades qui n'ont rien de contagieux prouve bien qu'il n'en est pas toujours ainsi; des abcès rétro-pharyngiens ont été pris pour une angine simple, pour le croup, pour l'œdème de la glotte. C'est par un examen minutieux et méthodique du malade qu'on évitera ces erreurs :

La rigidité du cou est mentionnée dans toutes nos observations, pour diminuer la douleur que lui cause les mouvements du cou, le malade tient sa tête immobile, penchée en arrière ou latéralement.

L'inspection seule de l'arrière-bouche n'a pas toujours été suffisante pour fixer le diagnostic car, la déglutition

étant gênée, il y a accumulation dans le pharynx d'une grande quantité de mucosités qui empêchent l'œil de bien explorer la paroi postérieure du pharynx. De plus, situé ou trop haut ou trop bas, l'abcès peut ne pas être vu. Pour être sûr de ne pas passer à côté d'un abcès rétro-pharyngien il faut adopter pour règle absolue de pratiquer toujours dans les cas douteux l'exploration digitale de l'arrière-bouche et de la paroi postérieure du pharynx. S'il existe un abcès on le sentira sous forme d'une tuméfaction fluctuante, lisse, élastique, siégeant le plus souvent en dehors de la ligne médiane de la paroi postérieure du pharynx.

Dans le croup la sténose glottique atteint son maximum en un temps relativement court, en 3 ou 4 jours, tandis que l'abcès rétro-pharyngien se développe beaucoup plus lentement.

La dyspnée existe toujours, l'inspiration est laborieuse, pénible, l'inspiration produit un sifflement spécial, la voix nasillarde, en canard, est un bon signe diagnostic quand elle existe.

Une autre erreur est facilement commise quand l'abcès coexiste avec une angine diphtérique ou de l'œdème de la glotte ; si on ne fait pas le toucher digital, on explique tous les symptômes observés par l'une de ces maladies et ce n'est que sur la table d'autopsie qu'on trouve l'abcès rétro-pharyngien.

Dans une des observations que nous avons sous les yeux on fut obligé d'ouvrir l'abcès une seconde fois, la collection purulente s'étant reproduite ou plutôt n'ayant pas été suffisamment évacuée.

COQUELUCHES

Comme il n'existe pas encore de service spécial pour les enfants atteints de coqueluche, on les envoie le plus souvent aux Douteux où il est impossible de les garder plus de 2 à 3 jours, juste le temps nécessaire pour constater qu'ils ne présentent pas de complications. Sur 246 coquelucheux passés dans le service, 20 avaient en même temps la rougeole et 10 la varicelle; ces maladies évoluèrent comme d'ordinaire. 64 coqueluches se compliquaient de broncho-pneumonie; cette association morbide est extrêmement grave, la mortalité dans le service a été de 27 %.

La majorité de ces enfants était âgée de 2 à 3 ans. Le diagnostic, si facile lorsque l'enfant tousse par quintes entrecoupées de reprises sifflantes suivies d'une expectoration de mucosités filantes, est très délicat lorsque l'enfant n'est qu'à la première période de la maladie. On ne peut alors constater que les signes ordinaires d'une bronchite, seule la remarquable opiniâtreté de la toux peut mettre sur la voie du diagnostic. Il ne faut pas non plus méconnaître la toux coqueluchoïde qu'on rencontre chez certains enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, la distinction s'en fera aisément si on reconnaît l'existence d'une zone de matité à gauche du sternum, au niveau des 2/3 internes des 2 premiers espaces intercostaux et au même niveau la présence d'un souffle intense dû à la compression des parties voisines du poumon par les paquets ganglionnaires.

M. le professeur Hutinel a remarqué que la leucocytose

est très abondante dès la première période catarrhale de la coqueluche, peut-être qu'un examen systématique du sang de tout enfant douteux de coqueluche éclaircirait de bonne heure le diagnostic.

Plusieurs fois, des enfants passés aux Douteux avec une éruption toxi-infectieuse, par exemple au cours d'une broncho-pneumonie grave, n'ont été reconnus atteints de coqueluche que les 2^e et 3^e jours. Ces faits viennent vérifier le vieil adage « *Febris accedens spasmos solvit* », la fièvre atténuée grandement la violence des quintes qui, moins nombreuses, devenaient plus étouffées, sans reprise sifflante et ce n'est que lorsque l'état fébrile baissait que les quintes apparaissaient avec une intensité nouvelle.

Nous avons observé 2 cas de coqueluches compliquées de broncho-pneumonie ayant présenté des troubles cérébraux. Après un fort accès de toux, ils étaient pris de convulsions généralisées, suivies de raideur momentanée des membres avec parésie des pupilles. Ces 2 malades moururent. A l'autopsie on constata une congestion intense des méninges et du cerveau.

L'ulcération sublinguale, produite par la pression des incisives sur le frein de la langue pendant les quintes, est signalée dans le tiers des observations.

ROUGEOLE. — BRONCHOPNEUMONIE.

Les enfants douteux de rougeole sont toujours très nombreux chaque année ; il en est passé 552 cas dans le service où on les tient en observation pendant 14 jours. Il est en effet admis aujourd'hui que l'incubation ordinaire

de la rougeole dure 14 jours. Bien des auteurs en ont apporté des observations. M. Grancher admet exceptionnellement une incubation de 20 jours. Le premier ouvrage important sur cette question est de Panum qui a étudié avec beaucoup de soin une épidémie de rougeole survenue en 1845 aux îles Féroë, alors que depuis 1871 il n'y avait pas eu dans ces îles un seul cas de cette maladie. Un ouvrier venu de Copenhague y apporta la maladie le 1^{er} avril et y contagiona deux amis qui eurent leur éruption 14 jours après. Une épidémie s'ensuivit ; Panum constata que les vieillards restèrent indemnes et par l'observation de près de 6000 cas, il fixa l'incubation de la rougeole à 13 ou 14 jours. La vitalité du microbe étant très limitée on peut considérer qu'à la fin de l'éruption la contagion n'est plus à craindre, c'est-à-dire le 5^e ou le 6^e jour après l'éruption, et c'est avec raison que dans les collèges on a abaissé la durée de l'isolement de 35 à 15 jours. L'immunité naturelle étant à peu près nulle à l'égard de la rougeole, il faut considérer comme suspect et isoler tout enfant qui, n'ayant pas déjà eu la rougeole, a été en contact avec un rougeoleux, car la contagion est presque fatale.

30 fois nous voyons, mentionnée parmi les prodromes de la rougeole, une laryngite avec toux fréquente spasmodique, voix rauque et voilée ; 19 fois, chez des enfants au-dessous de 18 mois, on signale des convulsions.

La température a constamment oscillé pendant l'éruption entre 38° et 38°,5. 4 fois seulement elle est montée à 40°, le 2^e et le 3^e jour.

5 enfants auraient déjà eu une fois la rougeole avant leur entrée aux Douteux, mais il ne nous a jamais été pos-

sible de vérifier nous-même la réalité d'une récurrence ni d'une rechute de rougeole.

3 fois on a remarqué, 48 heures avant l'apparition de l'éruption, un rash qui a été 2 fois scarlatiniforme et 1 fois morbilliforme. Ces rashes qui ont duré à peine quelques heures ont disparu sans desquamation. Ils avaient apparu à la fin du 2^e stade d'invasion de la rougeole et avaient complètement disparu quand la véritable éruption s'est montrée. Dans aucun cas on n'a observé ces phénomènes généraux graves qui accompagnent les érythèmes survenant à la suite de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, parfois même au déclin de la rougeole et de la scarlatine. Ces érythèmes ont été bénins. Ces rashes pré-
rubéoliques sont probablement dus à une infection streptococcique dont la porte d'entrée serait au niveau des muqueuses atteintes par le catarrhe morbillieux. L'exanthème a un caractère polymorphe, il respecte ordinairement la face et a la propriété de pâlir quand on laisse un moment l'enfant découvert, le temps de l'examiner par l'exemple.

Un bon signe diagnostic c'est la photophobie que présentaient presque tous ces enfants douteux de rougeole quelques jours avant l'éruption. En 1896 Koplik a signalé de petites taches qui apparaissent dès le 1^{er} ou le 2^e jour de la période d'invasion sur la muqueuse des joues, sur la face interne des lèvres et sur la langue comme de petits points blanc bleuâtre. Ces taches se transforment au moment où apparaît l'éruption morbillieuse, en un érythème diffus, parsemé de petits points blancs, et disparaissent avec l'éruption. Slavik a constaté l'existen-

ce de ce signe 76 fois sur 84 cas de rougeole. C'est en effet un excellent signe, permettant d'annoncer d'une façon très précoce la rougeole, mais il n'est pas absolument caractéristique. Sur 25 cas de rougeole nous l'avons vu manquer 6 fois, mais il était très net dans les autres cas. Par contre nous avons reconnu sa présence 3 fois chez des enfants très profondément infectés qui n'ont présenté qu'une éruption toxi-infectieuse. Ce signe a donc certainement une grande valeur au point de vue du diagnostic précoce, mais on ne pouvait en faire un signe pathognomonique de la rougeole.

9 fois la bronchopneumonie devança l'éruption, les enfants étaient arrivés infectés dans le service, six succombèrent : ils n'avaient pas séjourné plus de 3 jours aux Douteux.

Nous avons observé cette année 4 cas de rougeole maligne à forme dyspnéique, deux furent passés à la rougeole le surlendemain de leur arrivée ils y moururent ; les 2 autres, 2 frères, furent conservés dans le service. Dans ces deux cas le signe de Koplik existait, dès la période d'invasion était survenue une congestion pulmonaire intense et avec forte dyspnée, sans que les signes physiques révélassent autre chose que l'obscurité du murmure vésiculaire et quelques ronchus disséminés des deux côtés de la poitrine. Le plus jeune (11 mois), mourut le lendemain de son arrivée : les poumons étaient seulement très hépatisés, aucun foyer net de bronchopneumonie n'avait eu le temps de se former. L'enfant avait succombé en deux jours à une sorte d'infection morbilleuse suraiguë. L'aîné (3 ans) présenta, le surlendemain de la mort

de son frère, une éruption pâle, fruste et retardée, mais il guérit parfaitement.

Chez tous les enfants qui ont fait une rougeole simple la fièvre est tombée le 8^e jour.

Nous n'avons pas observé de rougeole hémorrhagique.

Avant l'ouverture du nouveau service de la Rougeole M. Moizard gardait, autant que le service le permettait, les rougeoles compliquées de bronchopneumonie, afin de les faire bénéficier de l'excellente hygiène que leur procure l'installation spéciale du pavillon et pour les empêcher d'aller contaminer d'autres rubéoleux.

C'est ainsi que sur 212 broncho-pneumonies qui ont été soignées salle Henri Roger, 33 seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité d'environ 26 0/0, tandis que dans les services voisins où il était impossible de prendre les mêmes mesures antiseptiques, ces malades mourraient dans une proportion de 40 0/0. Parmi ces 33 qui ont succombé, 10 présentaient des antécédents tuberculeux. A l'autopsie on trouva des ganglions trachéo-bronchiques caséifiés, une rate volumineuse et farcie de tubercules. Les granulations furent moins souvent constatées dans le foie.

Ces broncho-pneumonies ont toujours été annoncées par une recrudescence de fièvre et par une dyspnée intense. Dans six observations, on voit tout-à-coup cette température revenir aux environs de 37°, même tomber au-dessous, tandis que l'enfant athrepsié au suprême degré donne l'illusion d'un petit tuberculeux arrivé à la dernière période. L'auscultation aiderait à faire cette erreur par les nombreux râles humides simulant un gros ramollissement pulmonaire et qui sont expliqués à l'autopsie par l'existence

de dilatations bronchiques ampullaires. Cette infection broncho-pneumonique, chronique, insidieuse et torpide, cachectise le malade lentement et le fait mourir peu à peu comme on meurt d'une forme lente de tuberculose au bout de un à deux mois.

Le traitement employé contre ces broncho-pneumonies a été résumé dans un excellent article de la *Gazette des Hôpitaux* par M. Bacaloglu, interne de M. le Dr Moizard : il consiste surtout en une antisepsie aussi complète que possible du naso-pharynx et de la bouche, en vaporisation dans le box pour les formes très dyspnéiques, en bains tièdes sinapisés à 35° ou simple enveloppement humide constamment renouvelé suivant l'âge et l'état du malade auquel on donne en même temps une potion de Todd avec 1 ou 2 grammes d'acétate d'ammoniaque comme stimulant.

Les enveloppements humides chez les tout jeunes enfants, les bains tièdes chez les grands, ont toujours été très bien supportés, ils amènent un notable abaissement de la température, une grande diminution de la fréquence du pouls et de la respiration et une cessation plus ou moins complète de l'agitation et du délire. Ces soins ont amené bien des guérisons sur lesquelles on ne comptait pas. L'alimentation de ces petits malades a toujours été surveillée avec grand soin car la broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale n'est pas rare. M. Sevestre a insisté sur les broncho-pneumonies qui succèdent aux diarrhées infantiles ; le lait de ces enfants doit être bien soigneusement stérilisé et il faut leur en donner de très petites quantités à la fois.

84 enfants atteints de rougeole ont présenté de l'otite qui a été 12 fois bilatérale. Tous ces cas ont été bénins par suite des précautions prises dans le service, il n'a pas été observé de formes intenses d'otite accompagnée de douleurs vives de troubles auditifs et de tuméfaction douloureuse de la région mastoïdienne.

8 fois la rougeole et la scarlatine ont été observées chez le même malade, c'est toujours la scarlatine qui compliquait la rougeole.

20 fois la coqueluche était associée à la rougeole, la moitié de ces malades firent une bronchopneumonie et 7 en moururent.

Dans près de la moitié des cas, les malades rubéoleux ont présenté de la blépharite et de l'ophtalmie dont les pansements antiseptiques vinrent facilement à bout.

RUBÉOLES.

Sur les 36 cas de rubéole observés dans le service, 22 fois l'éruption a fait son apparition en pleine bonne santé apparente.

1 fois l'enfant avait eu la rougeole un mois avant. Était-on en présence d'une récurrence de rougeole ou plutôt d'une rubéole?

On rejeta l'hypothèse d'une récurrence de rougeole en se basant sur l'absence de catarrhes et la présence de petits ganglions occipitaux ; l'évolution de la maladie démontra qu'on ne s'était pas trompé, mais dans plusieurs cas (6 observations) la rubéole fut précédée de prodromes, malaise, fièvre légère, perte d'appétit, et de catarrhe oculo-

nasal, peu prononcé il est vrai, qui auraient cependant pu faire hésiter.

Dans un cas les prodromes furent même alarmants; il s'agissait d'un enfant de 28 mois qui présenta 39° de fièvre trois jours avant l'éruption et eut des convulsions la veille de l'apparition de l'érythème.

Dans toutes les observations se trouve notée la tuméfaction des ganglions lymphatiques occipitaux, signe très important pour le diagnostic.

On les sent un peu au-dessous de la ligne courbe supérieure de l'occipital, un peu en arrière de l'insertion supérieure du muscle sterno-mastoïdien. En les palpant on éprouve la même sensation que donne l'adénopathie syphilitique, connue sous le nom de poux de Ricord.

Les complications signalées par les auteurs : urticaire, arthropathies, albuminurie, n'ont jamais été observées dans le service.

ERYTHÈMES. — STAPHYLOCOCCIES.

241 enfants ont été admis aux Douteux pour des érythèmes divers, constitués par des taches rouges, variables d'intensité et d'aspect, disparaissant sous la pression du doigt.

63 avaient simplement de l'urticaire due à des troubles gastriques. Chez l'un d'eux, âgé de 3 ans, l'éruption survint à la suite d'ingestion de quelques crevettes. Elle consistait en taches rouges, de forme et de grosseur très variables, disséminées sur tout le corps et sur les extrémités, donnant lieu à un prurit intense et changeant faci-

lement de place. Au centre de chacune de ces taches on constatait les phlyctènes blanches caractéristiques de l'urticaire.

4 fois l'urticaire fut accompagnée de fièvre modérée 37°,8, 38°.

4 présentèrent une éruption ortiée polymorphe, le septième, le neuvième, le dixième et le douzième jour, après une injection de sérum anti-diphtérique. Chez aucun de ces malades on ne signala de douleurs articulaires.

22 eurent une simple roséole caractérisée par de petites taches discrètes qui n'ont pas duré plus de 24 heures et n'ont été suivies que deux fois de desquamation.

30 sont entrées pour un érythème scarlatiniforme, 3 fois c'était un rash précurseur de la varicelle, 2 fois il s'agissait de grippe à forme infectieuse.

64 enfants athrepsiques avaient simplement des lésions d'intertrigo et de l'érythème papuleux fessier érosif.

Un grand nombre d'enfants sont entrés pour des érythèmes toxi-infectieux à staphylocoques et à streptocoques 10 fois à la fin d'une tuberculose pulmonaire ulcéreuse, 49 fois après une broncho-pneumonie, 17 fois dans la convalescence d'une diphtérie.

6 fois après une scarlatine, 61 fois à la suite de troubles gastro-intestinaux.

Dans presque toutes ces observations, on signale la présence de ces lésions buccales et nasales qu'on a décrites sous le nom de rhinite vestibulaire ulcéro-croûteuse (Marfan) de stomatite diphtéroïde (Sevestre et Gaston), de stomatite impétigineuse. Autrefois on les considérait com-

me secondaires aux lésions impétigineuses de la peau, en 1892 Wermeille a montré qu'elles sont primitives dans la grande majorité des cas (en prenant le mot primitif dans le sens de « indépendantes d'un impetigo antérieur »). Ce sont là des accidents contagieux dûs à ce que l'enfant a séjourné dans un milieu infecté. Ces érythèmes sont dûs à une infection staphylococcienne. Cette manière de voir, si importante par ses déductions thérapeutiques, diffère beaucoup de ce qu'on pensait autrefois.

M. Bergeron s'exprimait ainsi sur les causes nécessaires à cette affection : « Je n'ai jamais observé ces érosions dans les hôpitaux d'adultes civils ou militaires, mais je les ai vues, il y a quelques années, se produire à l'hôpital Trousseau sur plusieurs petits malades presque simultanément, tous au-dessous de 10 ans, la plupart âgés de 2 à 5 ans et tous profondément affaiblis, soit par une maladie de longue durée, soit par les déplorables conditions d'hygiène qu'ils avaient subies avant leur entrée à l'hôpital. La seule cause à laquelle j'ai pu rapporter l'apparition de ces lésions dans mes salles, est le méphitisme nosocomial qu'engendre fatalement pendant la mauvaise saison l'encombrement par accumulation des malades dans un espace insuffisant ; *je n'ai aucune raison de penser que le mal puisse se transmettre d'un individu malade à un individu sain* ». On évite aujourd'hui ces véritables épidémies d'infections secondaires en isolant complètement les malades et en prenant grand soin des moindres fissures et érosions du vestibule des fosses nasales et des lèvres. S'il a formé une petite ulcération, on la touche avec une solution de nitrate d'argent au 50^e, elle disparaît rapi-

dement. Ces petites lésions ne doivent point être tenues comme quantités négligeables, elles sont le plus souvent l'indice révélateur d'une infection surajoutée qui rester peut-être bénigne, insignifiante, mais qui peut devenir rapidement plus grave et donne lieu à la production d'érythèmes toxi-infectieux.

Rarement confluent (3 fois) ces érythèmes sont le plus souvent discrets, 43 fois scarlatiniformes; ils ont été 78 fois morbilliformes. L'exanthème était alors maculeux, à taches lenticulaires, qui se localisent sur le tronc et les membres. La face est relativement peu prise. Il n'y a pas toujours élévation de la température, souvent même il y a hypothermie jusqu'à la mort, comme nous en avons encore observé il y a 15 jours un exemple salle Bazin.

Ces érythèmes toxi-infectieux donnent lieu à une fine desquamation et procèdent souvent par poussées, si bien qu'on observe cette petite desquamation en même temps qu'on voit apparaître de nouvelles macules pâles et lenticulaires rappelant quelquefois les taches de la fièvre typhoïde.

SCARLATINES.

266 cas de scarlatine sont passés aux Douteux. Sur ce nombre, tous sont âgés de plus de 2 ans, sauf un nourrisson qui fit une scarlatine à 16 mois.

Aucune récurrence n'est signalée. C'est bien une des maladies les plus méconnues, très souvent il faut la dépister, aussi le nombre est-il grand des malades soignés pour une simple angine et qui ont fait une petite scarlatine anormale. Heureux quand une complication rénale tardive ne

force pas à faire un diagnostic rétrospectif. Témoin le cas de la fille du Dr Archambault, prise brusquement d'éclampsie sur la place de la Concorde, quelques semaines après une forte angine dont la nature scarlatineuse n'avait pas été soupçonnée.

Dans les observations du service nous voyons que souvent le début classique de la scarlatine n'existe pas. L'élévation de la température, 39°, 40°, le vomissement initial, ne sont signalés que dans les 2/3 des cas, pour le dernier tiers l'enfant a été envoyé aux Douteux pour une angine suspecte, la température ne s'élevant pas à plus de 38° environ. Les caractères objectifs seuls de cette angine ne permettraient pas de porter le diagnostic de scarlatine; tantôt elle rappelle l'angine à cocci, tantôt l'angine herpétique tantôt on croirait à la diphtérie. La rougeur diffuse, lie de vin, de la gorge et du palais, peut faire également défaut, la langue est saburrale au début ce n'est guère que vers le troisième jour qu'elle apparaît dépouillée de son épithélium.

L'éruption respecte ordinairement le visage, dans trois observations seulement nous voyons cette règle en défaut.

Dans huit observations l'éruption est signalée comme ayant été très discrète, formée d'une multitude de petits éléments rouges arrondis, nettement isolés les uns des autres.

Le diagnostic est quelquefois d'autant plus difficile à porter que l'éruption peut se localiser dans une toute petite région, dans les aisselles et les aînes, tout en étant à la fois très fugace. Nous avons des observations où la

durée de l'éruption ne dépasse pas quelques heures. Tout dernièrement, le Dr Moizard eut à soigner en ville, un enfant dont il ne trouva des traces d'éruption scarlatineuse que dans le dos, il n'y avait pas le moindre élément éruptif dans les aînes ni les aisselles, sièges de prédilection d'ordinaire.

M. Moizard attache une grande importance à l'apparition de poussées de miliaire qui desquame pour son compte bien avant les éléments scarlatineux. La miliaire donne à la peau, l'aspect qu'il est convenu de désigner sous le nom de chair de poule, les vésicules qui forment la miliaire sont perceptibles au toucher ; elles contribuent encore à augmenter la rudesse et la sécheresse de peau de ces malades.

Dès le 3^e jour on observe la desquamation furfuracée de cette miliaire, bon signe de diagnostic.

Le fait capital, outre la rougeur de la gorge et l'angine, c'est la desquamation de la langue. Après l'état saburral du début elle se dépouille peu à peu de son épithélium et présente, du 3^e au 6^e jour, une surface rouge écarlate, tuméfiée, hérissée de grosses papilles qui lui donnent un aspect analogue à la surface d'une fraise ou d'une framboise. Elle devient lisse le 8^e jour et reprend son apparence normale le 12^e jour.

L'adénopathie cervicale scarlatineuse est constamment signalée. La fièvre a presque toujours persisté pendant toute la durée de l'éruption avec type continu et rémission matinale (39°, 38°5).

Nous avons 5 observations où la température est restée

aux environs de 37° et le diagnostic a été affirmé par l'apparence de la langue et la desquamation cutanée.

La tuméfaction du visage, des mains et des pieds est un bon signe, mais elle n'est pas constante, elle est signalée seulement 3 fois dans nos observations.

Les démangeaisons plus ou moins vives accompagnant l'éruption sont plus fréquentes, que ne le disent les auteurs, nous les trouvons signalées dans les 2/3 des cas.

Une fois on fit à tort le diagnostic de scarlatine, il s'agissait d'une varicelle précédée par un rash scarlatiniforme intense.

Trois fois des manifestations du côté des articulations ont été observées dans le décours de la maladie.

L'albumine est signalée dans environ 300/0 des observations, quand elle apparaissait dès le début de la scarlatine, elle ne durait pas plus de 5 à 6 jours. Dans un des cas où elle a été tardive le malade a fait de l'anasarque généralisé.

Trois cas d'angine post-scarlatineuse ont été examinés au dix-huitième, vingtième et vingt-quatrième jour de la maladie. La gorge était tapissée de productions blanchâtres rappelant la diphtérie, et les cultures ont donné du bacille de Loeffler. M. Sevestre pense que si l'angine diphtérique n'est pas toujours tardive, l'angine scarlatineuse, pseudo-diphtérique, est presque toujours précoce. Il a remarqué que la rougeur de la gorge est souvent apparue avant l'éruption, puis survient un gonflement des amygdales avec douleur plus ou moins vive, avec des points blancs isolés sur une ou les deux amygdales, qui ne tardent pas à se réunir en forme de plaques blanches

que leur apparence laiteuse et leur friabilité distingue des plaques diphtériques. Mais le diagnostic reste cependant difficile, l'état général qui reste satisfaisant est dans ce cas le meilleur guide. C'est une angine essentiellement bénigne qui ne donne pas la diphtérie Wurtz et Bourges ont isolé dans cette affection, du streptocoque et du staphylocoque.

Dans un cas, vers le douzième jour de la scarlatine, est apparue une élévation de température (39°) qui a persisté 6 jours sans qu'il ait été possible d'en déterminer la cause.

6 cas de fièvre ganglionnaire ($38^{\circ}5$ pendant 6 à 8 jours) sont signalés. Dans un cas au 8^e jour d'une scarlatine absolument normale une crise aiguë d'entérocologie muco-membraneuse simula une attaque d'appendicite ($T = 39^{\circ},5$ P. 120, facies péritonéal. Rétraction douloureuse de la paroi abdominale. Mais pas de point de Mac Burney. L'examen des selles permit de faire le diagnostic le surlendemain de la crise).

3 cas de scarlatine maligne ont été soignés aux Douteux, les deux premiers cas sont morts quelques heures après leur arrivée. Nous avons pu observer le 3^e cas. Il s'agissait d'une fillette de 2 ans $1/2$, malade seulement depuis trois jours quand elle entra dans le service le 27 mai 1900. On est de suite frappé par son teint cireux, sa dyspnée intense, sa prostration extrême, qui annoncent l'intoxication suraiguë, si bien décrite par Trousseau. La malade a 40° de température rectale, 160 de pouls, 45 de respiration. La mère dit que depuis deux nuits elle est

dans une agitation extrême, la dernière nuit, elle a sauté plusieurs fois hors de son lit. Au moment où nous l'examinons elle est au contraire prostrée, anéantie dans son lit où elle conserve la position qu'on lui donne. Les urines sont rares, non albumineuses.

La gorge est tapissée de fausses membranes sanieuses recouvrant les amygdales et la luette, l'haleine est fétide. La langue est rôtie, sèche, mais pas nettement framboisée. On fit un ensemencement qui donna des cocci et des streptocoques en abondance. En examinant minutieusement toute la surface du corps on découvrit, dans les aînes un léger piqueté scarlatiniforme.

Devant cet état général très grave, cette angine pseudo-diptérique, ces vestiges d'éruption dans les aînes, M. Moizard pose le diagnostic de scarlatine maligne annonçant la mort à bref délai.

Le soir, la température est montée à 41° dans le rectum le pouls est à 170 l'enfant redevient très agitée, elle respire 48 fois par minute. Rien à l'auscultation ne permet d'expliquer cette dyspnée intense, elle est due à l'imprégnation du bulbe par la toxine streptococcienne.

La petite malade est mise, toutes les 3 heures, dans un bain à 28°; on lui injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané, 100 cc. de sérum de Hayem et on lui fait boire une potion de Todd, avec un gramme d'acétate d'ammoniaque. L'enfant passe une très mauvaise nuit dans le délire et les cauchemars.

Le 30 mai. — La fièvre est toujours intense, 40°5, le matin, le pouls se maintient à 160, la respiration à 46. La peau est d'une sécheresse extraordinaire malgré les bains,

les extrémités sont cyanosées. Le visage a un teint plombé qui caractérise si bien les malades gravement infectés, la dyspnée est terrible, un jetage nasal qui bouche les narines l'augmente encore.

A 8 heures du soir, au délire et à l'agitation extrême succède le coma, et la petite malade mourait à 10 heures du soir avec une température de 41°5. Cette observation montre bien avec quel soin il faut rechercher les traces d'éruption, le diagnostic de cette forme terrible de scarlatine aurait été fort embarrassant, si on n'avait pas découvert ce petit piqueté de scarlatine, caché exactement dans le pli de l'aîne.

Le diagnostic entre la scarlatine et l'érythème scarlatiniforme récidivant est quelquefois fort difficile à faire. On peut se trouver en présence d'un malade qui soit à sa première poussée d'érythème ou de tout autre façon, la notion de récidive peut être inconnue du médecin qui se trouve fort embarrassé. Car l'éruption rouge plus ou moins intense, avec un piqueté purpurique, ressemble à s'y méprendre à celle de la scarlatine. Les muqueuses linguale, labiale, conjonctivale, sont souvent atteintes.

Le début est également marqué par une ascension thermique, 39°, 40°, accompagnée de phénomènes généraux.

Le diagnostic s'appuiera surtout sur l'évolution et sur les caractères de la desquamation : dans la scarlatine en effet, l'éruption ne dure que 6 à 8 jours et ne s'accompagne jamais de la desquamation qui est consécutive. Dans les érythèmes scarlatiniformes au contraire la desquamation est très précoce et survient ordinairement dès les premiers jours de l'éruption alors même que celle-ci n'est

pas complètement généralisée. En tout cas elle apparaît toujours avant son déclin. Au début, la desquamation est fine et se borne à un pointillé squamellaire, plus tard elle devient craquelée, irrégulière, se fait par de larges éléments.

M. E. Besnier signale enfin les dystrophies unguéales comme pouvant aider au diagnostic rétrospectif des deux affections car dans la scarlatine, elles n'existent pas tandis qu'on peut les observer dans les érythèmes scarlatini-formes (1).

Il nous a été donné d'observer une fois l'apparition d'un rash préscarlatineux. Un enfant est envoyé aux Dou-teux pour une éruption scarlatiforme, la gorge est à peine rouge, il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire cervical, la langue est un peu saburrale, l'enfant est maussade, triste et fiévreux. Le soir même l'érythème scarlatini-forme avait disparu, la température était restée à 37°,8. Mais le surlendemain le thermomètre marquait 39° dans l'anus et apparaissait alors une nouvelle éruption mais cette fois très nette de scarlatine. La gorge était très rouge, l'engorgement ganglionnaire était perceptible facilement. La langue est framboisée 24 heures après cette éruption, on fit le passage de l'enfant au service de la scarlatine où il fit sa desquamation cutanée, ces faits d'érythème précoce sont beaucoup plus rares avant la scarlatine.

1. Mais le gros élément de diagnostic sera surtout fourni par l'apparition tout-à-fait précoce de la desquamation que souvent on peut constater presque en même temps que l'éruption scarlatini-forme.

On admet que l'incubation de la scarlatine peut ne durer que 24 heures, mais les faits où elle a duré 3, 4, 5 jours n'étant pas rares, on conserve les suspects au moins 5 jours en observation avant de leur faire quitter le service des Douzeux.

Chez les scarlatineux c'est surtout du côté de la peau et de la gorge qu'on doit diriger toute la thérapeutique. Pour empêcher la dissémination des parcelles d'épiderme on enduit toute la surface cutanée de vaseline boriquée et dès que le malade est en complète convalescence, on lui donne des bains pour hâter sa desquamation.

VARIOLE.

Un seul cas de variole fut observé, le diagnostic fut impossible jusqu'à la fin du premier jour de l'éruption.

Louis D...., âgé de 4 ans, entre le 15 Février 1897 à l'hôpital des Enfants Malades. Ses parents déclarent qu'il a été vacciné. Bons antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure. Fils de chemineaux, il a été traîné dans une petite voiture de Lisieux à Paris. Ses parents avaient quitté Lisieux le 10 février, depuis cette époque l'enfant avait présenté du catarrhe oculo-nasal.

Le 12 février. — Les parents ont remarqué une éruption rouge généralisée au tronc et aux membres. Elle a disparu en 2 jours ne laissant aucune trace. L'enfant a de la fièvre, il tousse, il est très dyspnéique, suspecté de rougeole, l'enfant est envoyé aux Douzeux le 15 février. Il n'a plus du tout de

catarrhe, il présente surtout une dyspnée intense à type expiratoire. A l'auscultation on trouve un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, de la submatité, un souffle rude et des râles fins. Aucune trace d'éruption.

Le 17. — Mêmes signes à l'auscultation. On envoie l'enfant salle Blache dans le service de M. Descroizilles où il guérit de sa broncho-pneumonie. Mais le 25 février l'enfant semble tout-à-coup plus mal, la température tombée depuis deux jours à 37°4 est brusquement montée à 39°2. L'enfant vomit et a des convulsions.

Le 27 février. — La température s'élève à 40°, l'enfant est très agité. On voit une petite éruption formée de taches rouges, arrondies, disséminées sur la face.

Le 27. — Au soir l'enfant a 40°7 de température, l'éruption est devenue papuleuse, on l'envoie aux Douteux.

Le 28 février. — Mêmes symptômes généraux, l'éruption est confluyente à la face, elle est composée de vésicules d'un blanc mat, entourées d'une auréole rouge, quelques vésicules sont déjà ombiliquées, elles s'étendent au tronc et aux membres, pas de gonflement de la face et des extrémités. Quelques vésicules sur la muqueuse buccale.

Devant l'intensité des phénomènes généraux et cette éruption le diagnostic de variole s'impose et on apprend alors que le 10 février, date du départ de l'enfant, il régnait à Lissieux une petite épidémie de variole. On pense que l'enfant déjà vacciné va faire une varioloïde, mais dans le doute l'enfant est envoyé à Aubervilliers où le diagnostic de variole fut affirmé par la suppuration des pustules. La réalité de la variole devait d'ailleurs être autrement assurée. L'enfant, pendant son séjour salle Blache, avait contaminé trois de

ses voisins dont un, déjà affaibli par une longue maladie, mourut de variole.

Ainsi l'enfant contaminé à Lisieux qu'il quittait le 10 février présentait le 25 l'éruption de variole. L'incubation avait duré 15 jours au minimum.

L'apparition de cette éruption fugace, remarquée le 12 février, ne saurait être considérée comme un rash précoce, l'enfant était alors au 2^e ou 3^e jour d'incubation.

Enfin il est intéressant de constater que malgré la vaccination faite 4 ans auparavant l'enfant a pu être contaminé et sa variole n'a point avorté en varioloïde.

VARICELLES.

415 cas de varicelle ont été observés dans le service. La plupart des malades avaient plus de 2 ans. Le diagnostic est ordinairement très facile, la période érythémateuse étant de très courte durée, l'apparition d'une vésicule distendue par un liquide clair comme de l'eau de roche ou légèrement citrin force le diagnostic.

C'est seulement avec une varioloïde très discrète qu'elle pouvait être confondue, mais l'éruption de la varicelle présente un caractère franchement vésiculeux, ce qui la distingue de la variole ou de la varioloïde dont l'éruption est pustuleuse. Ces vésicules ne résultent pas de la transformation des papules, comme dans la variole, mais elles apparaissent directement sur un fond rouge, leur développement complet se fait dans l'espace de quelques heures

et non pendant des jours comme dans la variole. De plus elles apparaissent par poussées nocturnes successives si bien que sur le même malade, on trouve à la fois des vésicules nouvelles et des croûtes recouvrant d'anciennes lésions. La plupart des auteurs donnent comme signe distinctif que les vésicules de la varicelle ne s'ombiliquent pas. M. Moizard nous a cependant fait constater maintes fois le contraire. La dessiccation est accompagnée de démangeaisons assez vives.

Les éléments éruptifs n'apportent pas la même distribution dans la varicelle et la variole. La variole abonde surtout à la face, au dos et aux paumes des mains, épargnant presque complètement l'abdomen, la varicelle par contre ne présente aucune prédilection pour la face et ne laisse pas indemne l'abdomen.

La différence essentielle entre la variole et la varicelle réside dans la marche de la fièvre. La varicelle évolue, soit complètement sans fièvre prodromale, soit avec une élévation de température qui précède de quelques heures seulement le début de l'éruption, tandis que dans la variole même légère, il existe un stade de fièvre prodromale de 2 à 3 jours de durée.

De plus au moment où l'éruption de la varicelle fait son apparition la fièvre, à l'encontre de ce qui se passe dans la variole, ne disparaît pas mais augmente jusqu'à 39° et 40° et se maintient élevée pendant quelques jours, tant que durent les poussées successives des vésicules de la varicelle. Si la varicelle est suivie parfois de cicatrices, il faut les attribuer à la suppuration du derme provoqué, non par la maladie elle-même, mais par les grattages.

La varicelle est quelquefois précédée ou suivie par un rash scarlatiniforme contre lequel il faut être bien mis en garde pour éviter une erreur de diagnostic.

3 fois nous avons ainsi reçu de la scarlatine des enfants qui avaient directement été envoyés dans ce service parce qu'ils présentaient à s'y méprendre l'éruption scarlatineuse.

1 fois la varicelle évolua dans le cours d'une rougeole, les éléments avaient conservé leurs caractères ordinaires, la fièvre resta 8 jours aux environs de 38°.

1 fois, chez un enfant de 4 ans, on signale des démangeaisons extrêmement pénibles survenues avant l'apparition des premières bulles de varicelle.

2 fois, chez des enfants tenus très malproprement et entrés le 7^e et le 8^e jour de leur varicelle on signale une complication qui faillit amener la mort des malades. Au moment de la dessiccation les vésicules, au lieu de se dessécher, augmentèrent de volume et se rompant donnèrent issue à un liquide qui contenait des staphylocoques. Le derme était fortement ulcéré, presque gangrené. La température s'élevait à 39°5, 39°2 et l'enfant faillit succomber à une infection dont les lésions varicelleuses avaient été la porte d'entrée.

Marfan et Hallé ont rapporté, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (janvier 1896), deux cas de varicelle permettant de penser qu'il peut se faire un exanthème au larynx. Roger et Bayeux ont de même observé un cas semblable (Thèse de Harley. Paris 1897). Un fait analogue a été observé dans le service.

H,... Gaston, âgé de 18 mois, est transporté à l'hôpital avec le diagnostic de croup le 4 février 1895. Il présente à son entrée une toux rauque et quinteuse suivie de suffocation. Mais l'examen de la gorge très rouge montre sur le voile du palais une bulle de varicelle. Il existait également des éléments éruptifs sur le corps. On fit le diagnostic de laryngite varicelleuse qui fut vérifié par l'évolution de la maladie.

OREILLONS.

Le service n'a reçu que 28 cas d'oreillons, ce qui s'explique parce que les familles conservent souvent ces petits malades, en somme le plus ordinairement peu incommodés par la maladie.

Le diagnostic est le plus souvent très facile. Une intumescence molle, pâteuse, plus ou moins résistante et élastique, qui s'accroît rapidement surtout au voisinage du lobule de l'oreille, est toujours facilement reconnue, mais il est des cas où ces signes demandent à être dépistés, ou bien au contraire quelquefois certains prodromes qui ne sont pas aussi légers qu'on l'a dit peuvent attirer l'attention et égarer le diagnostic avant que le gonflement parotidien ait apparu.

2 fois les malades étaient entrés pour une angine prodromique.

1 fois le malade avait été soigné trois jours avant son entrée pour une névralgie dentaire rebelle.

Chez un autre malade le premier symptôme fut l'appar-

rition pendant la nuit d'une douleur extrêmement aiguë dans l'oreille droite, il fut brusquement réveillé par des souffrances atroces et le lendemain matin à son arrivée la région parotidienne était à peine tuméfiée, ce n'est que 2 jours après que le diagnostic put être affirmatif.

En pressant au niveau des glandes sous-maxillaires on révèle parfois une douleur, mais elle existe presque toujours au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. De même la douleur à l'angle de la mâchoire est très souvent signalée, le malade s'en plaint quand on lui fait ouvrir la bouche. La fièvre a oscillé entre 37° et 38°.

Aucun malade n'avait déjà été atteint de la maladie.

2 fois l'infection s'est limitée à un seul côté de la face.

Nous avons relevé deux observations d'orchite ourlienne, complication rare chez l'enfant.

La première est de 1899.

O.... Fernand, 14 ans 1/2, est atteint le 19 juin d'oreillons. Le 25 juin au matin, alors que la flexion parotidienne avait à peu près disparu, l'enfant s'aperçoit qu'à la marche son pantalon le gêne au niveau du testicule gauche. Le 26 la flexion testiculaire augmente beaucoup et nécessite son admission à l'hôpital. Il existe des traces d'albumine dans les urines. Au bout de 10 jours le malade quitte le service complètement guéri.

La seconde est toute récente, nous avons suivi de près le malade, voici son observation :

Mag. Etienne, 8 ans, entre le 26 mars 1900 aux Douteux.

Bons antécédents héréditaires. — A eu la varicelle à 2 ans, la rougeole à 4 ans, très bien portant depuis.

Le 12 mars. — L'enfant a été pris d'un gonflement de la face localisé surtout en avant des oreilles avec douleur à la mastication.

Le 16. — Il se plaignait un peu de la gorge et la mère remarquait une éruption pointillée sur placards rouges qui ayant débuté au cou gagna l'abdomen, les aines et les aisselles. L'éruption aurait été généralisée le 17 et le 18 pour disparaître le 19 mars.

La mère amène son enfant parce qu'il se plaint de beaucoup souffrir dans les parties. Il aurait eu, le matin de son admission, un grand accès de fièvre avec une sorte de crise nerveuse terminée par une syncope. Tels sont les renseignements que donne la mère.

Nous constatons que l'enfant a une mine souffreteuse et porte moins que son âge, (8 ans). Il a 38°8 de température, le pouls est à 100. Gorge normale, quelques petits ganglions sous-maxillaires. L'enfant tousse un peu, on entend quelques râles de bronchite disséminés des 2 côtés de la poitrine. Le cœur est normal. L'artère radiale est dure et roule sous le doigt. Rate et foie normaux. Le ventre est ballonné, mais indolore.

L'attention est de suite attirée vers les bourses qui sont gonflées, chaudes et douloureuses, surtout à droite. La peau du scrotum est rouge, tendue. Le testicule gauche est normal, mais celui de droite a le volume d'une grosse noix, il est très douloureux au toucher, régulièrement tuméfié, d'une consistance plus dure qu'à l'état normal.

L'épididyme est également pris, le cordon est enflammé, augmenté de volume, et la pression au voisinage du canal inguinal réveille une vive douleur. Il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale. Mais ce qui frappe surtout chez cet enfant, c'est son état général. Il est prostré, abattu, il a presque l'aspect typhique. Nous avons déjà été frappé à l'hôpital Broussais dans le service du Dr Ettinger des symptômes d'adynamie profonde qui avaient accompagné une orchite ourlienne.

Le malade de Broussais était âgé de 25 ans courageux, et travailleur d'ordinaire, il avait complètement changé de caractère dès l'apparition de son orchite. Anéanti tout-à-coup et comme frappé d'un terrible et irrémédiable malheur, il ne cessait de répéter qu'il était perdu et qu'il sentait bien que jamais il ne se guérirait de « sa grave maladie ». Il pleurait sans cesse et cette profonde asthénie dura autant que la fluxion testiculaire.

Chez notre petit malade ces symptômes se retrouvaient, mais beaucoup moins accentués. Il présenta pendant une huitaine de jours un mutisme presque absolu. Il semblait éprouver une certaine peine à répondre à nos questions et paraissait avoir l'ouïe très paresseuse. Il restait toute la journée inerte, dans le décubitus dorsal, dans une demi torpeur dont il n'est sorti qu'après la guérison de son orchite.

Dans les premiers jours de son entrée, l'enfant avait desquamé des mains et des pieds, ce qui avait permis d'affirmer que l'éruption remarquée le 16 par la mère était bien due à la scarlatine. Les urines étaient restées normales.

Quand il quitta l'hôpital, le 7 mai, son testicule droit était notablement atrophié, mou, tandis qu'au contraire l'épididyme

était resté hypertrophié. La température avait oscillé autour de 38°5 pendant 4 jours tant qu'ont persisté les phénomènes généraux, elle revint bientôt à la normale et l'enfant retrouva toute sa gaieté.

ÉRYSIPIÈLES

Il est entré dans le service 83 cas d'érysipèle. Tous ces malades avaient plus de 18 mois, sauf un âgé de trois mois qui prit l'érysipèle au sein de sa mère atteinte de fièvre puerpérale et de galactophorite suppurée. Ce fut le seul malade qui mourut.

Cette affection se reconnaît facilement par l'intensité de la rougeur et les limites saillantes, nettement tranchées, de la plaque érysipélateuse.

L'érysipèle s'est généralement montré à la face, il paraissait le plus souvent provoqué par une éruption impétigineuse du nez ou de la lèvre supérieure.

Deux fois l'albuminurie est signalée.

Il n'a jamais donné lieu à une réaction fébrile vive, la température n'a jamais dépassé 38°.

Nous avons relevé 4 observations d'érysipèle à répétition, chez l'un de ces enfants le premier érysipèle apparut six mois après une fièvre scarlatine ; il était à son neuvième érysipèle quand il entra dans le service.

Un autre avait une mère sujette à des érysipèles à répétition.

STOMATITES APHTEUSES

63 cas de stomatite aphteuse sont passés dans le service. Les 2/3 étaient âgés de moins de quatre ans et sujets à des troubles gastro-intestinaux fréquents.

Le diagnostic est ordinairement facile, l'apparition dans la bouche de petites vésicules isolées suivies d'ulcérations est caractéristique. On les distingue des vésicules et des ulcérations d'herpès qui peuvent se développer dans la bouche soit par leurs dimensions plus grandes, soit parce qu'elles n'affectent pas la disposition en groupe, soit parce qu'elles ne s'accompagnent pas d'herpès labial.

La stomatite ulcéro-membraneuse ne sera pas confondue avec la stomatite aphteuse par suite de la présence d'ulcérations recouvertes d'une couche pultacée très adhérente et par la fétidité toute spéciale de l'haleine.

Nous avons vu 3 fois les aphtes se localiser au voile du palais et à la luette.

Dans la plupart des observations, les poussées d'aphtes ont été accompagnées d'un petit mouvement fébrile (37°,8; 37°,6). Les gargarismes et attouchements avec une solution de salicylate de soude à 5 pour 100, réussissent merveilleusement contre la douleur.

A voir chaque jour les nombreuses entrées et sorties de tous ces divers malades qui se succèdent impunément dans les mêmes box, on serait presque tenté de ne plus croire à la contagion. Mais si on négligeait un instant de prendre toutes les précautions prescrites, des cas intérieurs ne tarderaient pas à nous rappeler le danger.

C'est ainsi qu'il faut expliquer les 7 cas de contagion que nous avons à signaler.

Une fois, en janvier 1896, un enfant prit la diphtérie dans le service ouvert depuis quelques jours seulement et dont le personnel n'était pas encore suffisamment discipliné. Le fait ne s'est jamais renouvelé depuis.

Pour les 6 autres cas il s'agissait toujours de la rougeole, seule maladie qui soit parvenue à filtrer dans le service chaque année.

Nous ne comptons pas une contamination dont fut victime cette année un externe du service. Examinant la gorge d'un diphtérique il reçut au visage quelques parcelles salivaires et quelques jours après présentait une angine diphtérique dont il guérit heureusement après 2 injections de 20 c. de sérum. C'est un accident rare contre lequel toutes les précautions sont impuissantes.

Il n'y a donc eu réellement que 7 cas de contagion dans un service où il a circulé 5138 malades. Ils auraient certainement pu être évités si tous les règlements prescrits avaient été observés, on ne saurait du moins s'appuyer sur un si petit nombre de cas pour critiquer un système de prophylaxie qui a donné de si beaux résultats.

CONCLUSIONS

1° Pour éviter la propagation des maladies infectieuses chez l'enfant il est absolument nécessaire de pratiquer l'isolement de ces petits malades dès les premiers symptômes d'invasion.

2° La prophylaxie est inefficace si elle n'est commencée qu'à la période d'éruption.

3° La contagion par l'air n'est pas à redouter, il faut surtout éviter les contacts directs ou indirects, seul mode de contamination.

4° L'antisepsie médicale doit être pratiquée avec autant de rigueur et de conviction qu'en obstétrique et en chirurgie. A cette condition, l'isolement dans le box vitré imaginé par M. Hutinel, est parfait.

5° Il serait à désirer que ces mesures d'isolement et d'antisepsie soient généralisées à tous les hôpitaux. Chaque service d'adulte devrait disposer de plusieurs box vitrés.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Béclère. — Thèse de Paris, 1882.

Cadet de Gassicourt. — Mode de transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants et des mesures à prendre contre la contagion. (Soc. Méd. des hôpitaux, 8 mars 1889).

D'Espine et Picot. — Traité pratique des maladies de l'Enfance.

Grancher. — Essai d'antisepsie médicale. Bull. Méd., 1890, n° 45.

Isolement et antisepsie. Bull. Méd., 1890 n° 67.

Grèzes. — Thèse de Paris 1896.

Hutinel et Deschamps. — Antisepsie médicale et scarlatine.

Moizard. — Traité des Maladies des Enfants de Comby, Grancher, Marfan.

Roger. — Revue de médecine, (mai 1900).

